

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**JANEIDE FREITAS DE MELLO**

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE DE  
TERAPIA INTENSIVA: PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM**

**FLORIANÓPOLIS  
2011**



**JANEIDE FREITAS DE MELLO**

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE DE  
TERAPIA INTENSIVA: PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de  
Pós-Graduação em Enfermagem da  
Universidade Federal de Santa Catarina,  
como requisito para obtenção do título  
de Mestre em Enfermagem - Área de  
Concentração: Filosofia, Saúde e  
Sociedade

Orientadora: Dra. Sayonara de Fátima  
Faria Barbosa

Linha de pesquisa: Arte, Criatividade e  
Tecnologia em Saúde e Enfermagem

**FLORIANÓPOLIS  
2011**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária  
da  
Universidade Federal de Santa Catarina

M527c Mello, Janeide Freitas de  
Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia  
intensiva [dissertação] : perspectiva da enfermagem /  
Janeide Freitas de Mello ; orientadora, Sayonara de Fátima  
Faria Barbosa. - Florianópolis, SC, 2011.  
219 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Cultura. 3. Unidade de tratamento  
intensivo. I. Barbosa, Sayonara de Fátima Faria. II.  
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

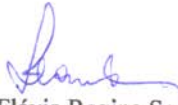
**JANEIDE FREITAS DE MELLO**

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE DE  
TERAPIA INTENSIVA: PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela  
Banca Examinadora para obtenção do Título de:

**MESTRE EM ENFERMAGEM**

e aprovada em 15 de dezembro de 2011, atendendo às normas da  
legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa  
de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia,  
Saúde e Sociedade.**



Dra. Flávia Regina Souza Ramos  
Coordenadora

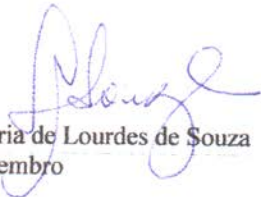
**BANCA EXAMINADORA:**



Dra. Sayonara de Fátima Faria Barbosa  
Presidente



Dra. Grace T. M. Dal Sasso  
Membro



Dra. Maria de Lourdes de Souza  
Membro



Dra. Patrícia Kuerten Rocha  
Membro



## Dedicatória

Dedico esta dissertação a *meu filho, Tiago*, meu maior tesouro. Que esta trajetória de dedicação e conquistas lhe sirva de exemplo. Que tenhas sempre sucesso na estrada que ainda terás de percorrer.





## Agradecimentos

Talvez as palavras não tenham força e sensibilidade suficientes para expressar meus agradecimentos e alcançar a todos que participaram e contribuíram nessa trajetória.

O período de desenvolvimento desta dissertação foi marcado por mudanças, novas perspectivas, oportunidades e experiências, sobretudo profissionalmente. Ocorreram momentos de dúvidas, insegurança e angústia, mas também de plena satisfação e esperança. Decisões tiveram que ser tomadas e escolhas foram feitas. Houve partidas e chegadas, muito trabalho e dedicação.

Agora chega o momento de agradecer as pessoas que de alguma forma contribuíram para a concretização desse sonho.

Agradeço a **Deus**, luz divina a me guiar em todos os momentos, dando-me força, saúde e determinação para atingir meus objetivos.

A **meus pais, Nildo e Verônica**, pelo exemplo de dignidade e responsabilidade. A minha Mãe, por sua presença constante e incondicional, sempre me auxiliando em casa e cuidando do meu filho. Pelo seu carinho e dedicação, muitíssimo obrigada!

A **Saulo**, meu esposo, pelo grande incentivo, apoio e carinho nessa trajetória. Sua paciência, compreensão e auxílio, especialmente junto ao nosso filho foram elementares. O mérito dessa conquista também é seu.

A **Tiago**, meu filho, que suportou minhas ausências em muitos momentos. Este é um dos exemplos que posso lhe dar: o êxito depende de esforço e dedicação. Sua existência me impulsiona e dá sentido a vida.

À Dra. **Sayonara de Fátima Faria Barbosa**, minha orientadora, muito obrigada por permitir que eu compartilhasse de sua competência e sabedoria. Seu incentivo e ensinamentos permitiram que chegássemos até aqui. Sua paciência, disponibilidade, dedicação e carinho me deram força e segurança. **Meu respeito, gratidão e admiração.**

À minha irmã **Janice**, cunhado **Nei** e sobrinho **Djefferson**. Sua presença e auxílio foram importantes em muitos momentos da minha vida.

À **Sônia**, companheira desde o início desta caminhada. Pela

acolhida na UTI do Hospital Regional de São José, pela confiança, apoio e carinho.

À **Sinara**, companheira de trabalho na UTI do HRSJ e de estudos principalmente junto ao Giate. Obrigada pela parceria, amizade e grande impulso aos nossos trabalhos.

Aos **colegas e amigos da Clínica Médica 3** do Hospital Universitário, com os quais convivi grande parte da minha vida profissional. Agradeço as experiências, aprendizado, carinho e amizade. A Adriana, Alba, Alda e Carmem, um agradecimento especial pelos longos anos de convivência, respeito e amizade. Saudades de todos!

Aos **colegas e amigos da UTI do Hospital Regional de São José**, com os quais convivi nos últimos anos adquirindo experiências, motivação em relação ao cuidado intensivo e um grande carinho por todos. Agradeço por esta convivência, especialmente a minha equipe de trabalho da qual levo ótimas recordações. Saudades de todos!

Aos **novos colegas e amigos na UTI do HU**, agradeço pela acolhida, confiança e carinho. Espero poder contribuir muito.

À **Monique e Rozeli**, pelo companheirismo e por compartilharem comigo conhecimentos e experiências em relação à segurança do paciente.

Às **professoras, colegas e amigos do Giate**, pelo grande aprendizado em pesquisa, troca de experiências e entusiasmo adquirido a cada reunião. O Giate foi o caminho que me trouxe até aqui.

Ao **Comitê de Segurança do Paciente do HU/Cosep**, pelo esforço conjunto para sua criação e oficialização, bem como pelas discussões, projetos e perspectivas, alinhados com a temática da minha dissertação.

Aos **professores da Pós-Graduação e colegas do mestrado** pelos conhecimentos e agradável convivência.

À **Roseli Silva**, pelo importante apoio para a análise estatística dos dados e à **Cláudia Crespi Garcia** por suas contribuições na formatação deste trabalho.

Aos membros da **Banca de Qualificação de Mestrado** (Dra. Grace Teresinha Marcon Dal Sasso; Dra. Lúcia Nazareth Amante; Dra. Cleusa Rios Martins; Dda. Ana Paula Xavier Ravelli) e de **Sustentação de Mestrado** (Dra. Grace Teresinha Marcon Dal Sasso; Dra. Maria de Lourdes de Souza, Dra. Patrícia Kuerten Rocha; Dra. Francine Lima

Gelbcke; Dda. Nayala Gomes Gazola) pela disponibilidade que demonstraram ao meu convite e pelas preciosas contribuições para este trabalho.

Aos *meus queridos amigos*, pelas palavras de conforto quando precisei, por terem ouvido minhas angústias, medos, dúvidas, vitórias... Pela confiança, apoio e carinho mesmo a distância. Também pelos momentos de alegria e descontração.

*Em especial...*

Aos *participantes desta pesquisa*, pelo interesse, disponibilidade, atenção e receptividade. Suas contribuições foram valiosas e sem elas seria impossível a realização deste estudo. *Deixo meu respeito e eterna gratidão.*



## Epígrafe

O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.

*Fernando Pessoa*



MELLO, Janeide Freitas de. **Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da enfermagem**. 2011. 219f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

Orientadora: Dra. Sayonara de Fátima Faria Barbosa

Linha de pesquisa: Arte, Criatividade e Tecnologia em Saúde e Enfermagem

## RESUMO

Promover a cultura de segurança tem se tornado um dos pilares do movimento em prol da segurança do paciente. Nesse sentido, estratégias de avaliação da cultura de segurança têm sido estimuladas visando reconhecer as condições organizacionais que podem levar a eventos adversos e dano ao paciente nas instituições de saúde. Foi definido como objetivo deste estudo analisar as dimensões da cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais de enfermagem de duas unidades de terapia intensiva (UTIs) adulto na Grande Florianópolis/SC, Brasil. Trata-se de um *survey* quantitativo, transversal e comparativo cuja coleta de dados foi realizada entre abril e junho de 2011 com 103 profissionais. Foi aplicado o instrumento denominado *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) e a seguinte questão: “cite três recomendações que você sugere para melhorar a segurança do paciente em sua unidade”. Para análise dos dados do *survey* foi utilizada estatística descritiva com cálculo dos percentuais de resposta positiva para cada dimensão da cultura de segurança avaliada e estatística inferencial utilizando-se o teste Z para avaliação das diferenças entre as UTIs e teste “r” de Pearson para avaliar correlação entre as variáveis. As respostas à questão qualitativa foram categorizadas conforme as dimensões do HSOPSC e analisadas por meio de estatística descritiva. Após exclusão de 11 questionários incompletos dos 97 respondidos, foram analisados 86, obtendo-se uma taxa de respostas de 83,49% (19 enfermeiros, 60 técnicos e 07 auxiliares); a questão qualitativa foi respondida por 91 profissionais (88,35%). As dimensões com maiores percentuais de avaliação positiva foram trabalho em equipe dentro das unidades (62,8%), expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor/gerente (49,1%) e aprendizado organizacional, melhoria contínua (46,1%). As

dimensões com menores percentuais de respostas positivas foram: apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente (13,6%), respostas não punitivas aos erros (17,4%) e percepção geral de segurança do paciente (25,9%). Houve diferenças significativas nos percentuais de resposta positiva entre as duas UTIs para as dimensões comunicação a respeito de erros ( $p=0,271$ ) e pessoal ( $p= 0,456$ ). Resultaram correlações moderadas a fortes ( $r=0,651$  a  $r=0,838$ ) entre os itens que avaliam a dimensão frequência de eventos relatados. Dentre 267 recomendações para melhorar a segurança do paciente nas duas UTIs, a maioria estava voltada para as dimensões aprendizado organizacional e melhoria contínua (19%); pessoal (16,5%), percepção geral de segurança do paciente (16%); apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente (14,6%). Foi identificado que capacitação e treinamento, melhoria dos processos de trabalho, disponibilização de materiais e equipamentos bem como quantitativo adequado de profissionais, são necessidades prementes evidenciadas nas duas UTIs, dentre outras recomendadas com menor frequência. Os resultados deste estudo revelam uma cultura de segurança frágil, necessitando investimentos para melhorar a segurança do paciente nas UTIs avaliadas, tendo em vista os baixos percentuais de respostas positivas. Requer primordialmente, na percepção dos profissionais, maior envolvimento da gestão para a segurança do paciente e mudança na abordagem dos erros.

**Palavras-chave:** Segurança, Cultura, Unidades de Terapia Intensiva, Enfermagem



MELLO, Janeide Freitas de. **Safety patient culture at the intensive care unit: nursing perspective.** 2011. 219p. Dissertation (Master's Degree on Nursing) – Post-Graduation Program on Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

Academic Tutor: Dr. Sayonara de Fátima Faria Barbosa.

Research area: Art, Creativity and Technology on Health and Nursing.

## ABSTRACT

Promoting safety culture has become one of the movement pillars for patient safety. Accordingly, strategies for safety culture assessment have been stimulated in order to recognize the organizational conditions that can lead to adverse events and patient harm, at the healthcare institutions. It was defined, as this study objective, to analyze the dimensions of patient safety culture from nursing staff perspective at two intensive care units (ICUs) for adults in Florianópolis/SC, Brazil. This is a comparative, transversal and quantitative survey whose data collection was conducted between April and June, 2011 and with 103 professionals. We used the tool called *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), and the following topic: "mention three recommendations you would suggest to improve the patient safety at your unit". In order to analyze survey data, it was used descriptive statistics with percentage calculation of positive responses to each dimension of the evaluated safety culture, inferential statistics by applying the Z test to assess differences between ICUs and Pearson's "r" test to evaluate the correlation among variables. Answers for the qualitative question were categorized according to the qualitative dimensions from HSOPSC, and they were analyzed through descriptive statistics. After excluding 11 incomplete questionnaires out of 97, 86 were analyzed. It was obtained a response rate of 83.49% (19 nurses, 60 technicians and 7 assistants), and the qualitative question was answered by 91 professionals (88.35%). Dimensions with higher rates of positive assessment were teamwork within the units (62.8%), expectations and actions promoting supervisor/manager patient safety (49.1%), organizational learning and continuous improvement (46, 1%). Dimensions with lower percentage of positive responses were hospital management support for patient safety (13.6%), non-punitive responses to errors (17.4%) and general perception of the patient safety (25.9%).

There were significant differences in the percentage of positive response between both ICUs to the dimensions of communication about errors ( $p= 0.271$ ) and personnel ( $p= 0.456$ ). It came up strong and moderate correlations ( $r= 0.651$  to  $r= 0.838$ ) among items assessing the dimension reported events frequency. There were 267 recommendations to improve patient safety at both ICUs, and most of them were focused on the following dimensions: organizational learning and continuous improvement (19%), personnel (16.5%), general perception of patient safety (16%) and hospital management support to patient safety (14.6%). It was identified that capacity building and training, work processes improvement, availability of materials and equipments and appropriate quantitative of professionals are pressing needs highlighted at both ICUs, among others recommended less frequently. This study results show weak safety culture, requiring investments to improve patient safety at the evaluated ICUs, in view of the low percentage of positive responses. It requires primarily, according to the professionals' perception, greater management involvement for patient safety and errors approaching change.

**Key words:** Patient Safety, Culture, Intensive Care Units, Nursing.

MELLO, Janeide Freitas de. **Cultura de la seguridad del paciente en una unidad de terapia intensiva: perspectiva de la enfermería.** 2011. 219p. Disertación (Maestría en Enfermería) - Programa de Pós-Graduación en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

Orientadora: Dra. Sayonara de Fátima Faria Barbosa

Línea de investigación: Arte, Creatividad y Tecnología en Salud y Enfermería.

## RESUMEN

Promover la cultura de la seguridad se ha convertido en uno de los pilares del movimiento en favor de la seguridad del paciente. En ese sentido, las estrategias de evaluación de la cultura de seguridad han sido estimuladas con el objetivo de reconocer a las condiciones organizacionales que pueden llevar a eventos adversos y daño al paciente, en las instituciones de salud. Fue definido como objetivo de este estudio, analizar las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente bajo la óptica de los profesionales de la enfermería en dos unidades de terapia intensiva (UTIs) para adultos, en la Gran Florianópolis/SC, Brasil. Se trata de una investigación cuantitativa, transversal y comparativa cuya colecta de datos fue realizada entre Abril y Junio del 2011, junto a 103 profesionales. Fue aplicado el instrumento denominado *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) y la siguiente cuestión: “mencione tres recomendaciones, de acuerdo a su opinión, para mejorar la seguridad del paciente en su unidad”. Para el análisis de los datos de la investigación fue utilizada la estadística descriptiva con el cálculo de los porcentajes de respuestas positivas para cada dimensión de la cultura de seguridad evaluada, la estadística inferencial utilizándose el test Z para la evaluación de los diferenciales entre las UTIs, y el test “r” de Pearson para evaluar la correlación entre las variables. Las respuestas a la pregunta cualitativa fueron categorizadas conforme a las dimensiones del HSOPSC y analizadas por medio de la estadística descriptiva. Después de excluir 11 cuestionarios incompletos, de los 97 respondidos, se analizaron los 86 restantes. Se obtuvo una tasa de respuestas del 83,49% (19 enfermeros, 60 técnicos y 7 auxiliares); la pregunta cualitativa fue respondida por 91 profesionales (88,35%). Las dimensiones con mayores porcentajes de evaluación positiva fueron: trabajo en equipo dentro de las unidades (62,8%),

expectativas y acciones de promoción de la seguridad del paciente del supervisor/gerente (49,1%), aprendizaje organizacional y mejoría continua (46,1%). Las dimensiones con menores porcentajes de respuestas positivas fueron: apoyo de la gestión hospitalaria para la seguridad del paciente (13,6%), respuestas no punitivas para los errores (17,4%) y percepción general de la seguridad del paciente (25,9%). Hubo diferencias significativas en los porcentajes de respuestas positivas, entre las dos UTIs, para las dimensiones de comunicación a respecto de errores ( $p=0,271$ ) y el cuadro de personal ( $p=0,456$ ). Resultaron en correlaciones moderadas a fuertes ( $r=0,651$  para  $r=0,838$ ) entre los puntos que evalúan la dimensión frecuencia de eventos relacionados. Entre las 267 recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente, en las dos UTIs, la mayoría estaba direccionada para las dimensiones del aprendizaje organizacional y mejoría continua (19%); el personal (16,5%), percepción general de la seguridad del paciente (16%) y apoyo de la gestión hospitalaria para la seguridad del paciente (14,6%). Fue identificado que capacitación y entrenamiento, mejoría de los procesos de trabajo, disponibilización de materiales y equipamientos, y también, la cantidad adecuada de profesionales son necesidades urgentes evidenciadas en las dos UTIs, entre otras recomendadas con menos frecuencia. Los resultados de este estudio revelaron una cultura de seguridad frágil, necesitando de inversiones para mejorar la seguridad del paciente en las UTIs evaluadas, llevando en consideración los bajos porcentajes de respuestas positivas. Se requiere primordialmente, en la percepción de los profesionales, un mayor involucramiento de la gestión para la seguridad del paciente y un cambio en el abordaje de los errores.

**Desciptores:** Seguridad del Paciente, Cultura, Unidades de Terapia Intensiva, Enfermería.

## LISTA DE SIGLAS

ACSNI	Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AMIB	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
COSEP	Comitê de Segurança do Paciente
COREN/SP	Conselho Federal de Enfermagem de São Paulo
EUA	Estados Unidos da América
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GIATE	Grupo de Pesquisa Clínica e Tecnologias, Informações e Informática em saúde e enfermagem
GUTIS	Guia da UTI Segura
ICICT	Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
IOM	Institute of Medicine
INSAG	International Nuclear Safety Advisory Group
HSC	Health and Safety Commission
HSOPSC	Hospital Survey on Patient Safety Culture
HU/UFSC	Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina
ICPS	International Classification for Patient Safety
IHI	Institute for Healthcare Improvement
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization
JCI	Joint Commission International
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MIFS	The Medical Insurance Feasibility Study
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PEN/UFSC	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina
QUIC	Quality Interagency Coordination Task Force
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada

REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
SAQ	Safety Attitude Questionnaire
SBAR	Situation-Background-Assessment-Recommendation
SEPAESC	Polo de Segurança do Paciente de Santa Catarina
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TJC	The Joint Commission

## **LISTA DE FIGURAS**

<b>Figura 1 - Componentes da Cultura de Segurança .....</b>	<b>58</b>
<b>Figura 2 – Modelo do Queijo Suíço .....</b>	<b>60</b>
<b>Figura 3 - Características da Cultura de Segurança .....</b>	<b>63</b>
<b>Figura 4 - Aspectos da Cultura de Segurança .....</b>	<b>69</b>
<b>Figura 5 - Classificação das variáveis do estudo.....</b>	<b>91</b>

### **Artigo 1**

<b>Figura 1 - Escores percentuais positivos das dimensões da cultura de segurança do paciente de duas UTIs na Grande Florianópolis/SC, Brasil, 2011 .....</b>	<b>109</b>
<b>Figura 2 - Avaliação do grau de segurança do paciente por enfermeiros técnicos e auxiliares de enfermagem de duas UTIs na Grande Florianópolis/SC, Brasil, 2011 .....</b>	<b>110</b>
<b>Figura 3 - Número de eventos comunicados a chefia imediata nos últimos 12 meses por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem de duas UTIs na Grande Florianópolis/SC, Brasil, 2011.....</b>	<b>111</b>





## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Resultados e critérios de busca às bases de dados Medline e Cinahl acerca dos instrumentos de avaliação da cultura de segurança do paciente e dimensões avaliadas, 2010.....	<b>74</b>
--	-----------

### **Artigo 2**

<b>Quadro 1</b> - Recomendações para melhorar a segurança do paciente no âmbito da unidade apresentadas por profissionais de enfermagem de duas UTIs na Grande Florianópolis/SC, Brasil, 2011.....	<b>131</b>
--	------------

<b>Quadro 2</b> - Recomendações para melhorar a segurança do paciente no âmbito da organização hospitalar apresentadas por profissionais de enfermagem de duas UTIs na Grande Florianópolis/SC, Brasil, 2011.....	<b>132</b>
---	------------

<b>Quadro 3</b> - Recomendações para melhorar a segurança do paciente no âmbito de resultados apresentadas por profissionais de enfermagem de duas UTIs na Grande Florianópolis/SC, Brasil, 2011.....	<b>134</b>
---	------------



## LISTA DE TABELAS

### Artigo 1

**Tabela 1** – Características sócio-demográficas dos profissionais de enfermagem de duas UTIs na Grande Florianópolis/SC, Brasil, 2011 ..... **107**

**Tabela 2** – Correlações entre as dimensões grau de segurança do paciente, número de eventos comunicados nos últimos 12 meses, percepção geral de segurança do paciente e frequência de eventos relatados de duas UTIs na Grande Florianópolis/SC, Brasil, 2011. .... **113**

### Artigo 2

**Tabela 1** - Características sócio-demográficas dos profissionais de enfermagem de duas UTIs na Grande Florianópolis/SC, Brasil, 2011..... **127**

**Tabela 2** – Recomendações dos profissionais de enfermagem para melhorar a segurança do paciente e resultados dos escores percentuais positivos da avaliação da cultura de segurança do paciente conforme as dimensões do HSOPSC de duas UTIs na Grande Florianópolis/SC, Brasil, 2011. .... **129**



## SUMÁRIO

<b>LISTA DE SIGLAS .....</b>	<b>21</b>
<b>LISTA DE FIGURAS .....</b>	<b>23</b>
<b>LISTA DE QUADROS .....</b>	<b>25</b>
<b>LISTA DE TABELAS.....</b>	<b>27</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>31</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>39</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	39
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	39
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>41</b>
3.1 CONCEITOS EM SEGURANÇA DO PACIENTE.....	41
3.2 HISTÓRIA DA SEGURANÇA DO PACIENTE .....	42
3.3 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	53
3.4 AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	70
3.5 CUIDADO INTENSIVO E SEGURANÇA DO PACIENTE .....	77
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>83</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO .....	83
4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	83
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	83
4.4 LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO .....	84
4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	85
4.6 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS .....	88
4.7 COLETA DE DADOS.....	91
4.8 ORGANIZAÇÃO DOS DADOS .....	93
4.9 ANÁLISE DOS DADOS .....	94
4.10 ASPECTOS ÉTICOS .....	97
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>	<b>99</b>
5.1 ARTIGO 1 - CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA AVALIAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.....	99
5.2 ARTIGO 2 - CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM TERAPIA INTENSIVA: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM .	121
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>141</b>

**REFERÊNCIAS..... 147**

**APÊNDICES ..... 173**

**ANEXOS..... 197**

## 1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos a sociedade tem acompanhado um grande avanço no desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde. Entretanto, embora a ciência tenha condições de conhecer melhor e propor intervenções mais efetivas para a melhoria do cuidado em saúde; o desenvolvimento de novas técnicas, procedimentos e processos também têm contribuído para ocorrência de novos riscos no cuidado em saúde (LEAPE, 2009). Atualmente, apesar de se saber mais sobre diagnóstico e tratamento de doenças, ainda existe a possibilidade da ocorrência de erros e por consequência, o comprometimento na segurança do paciente.

A preocupação com a segurança do paciente não é um fenômeno recente. Pode ser percebida desde Hipócrates, o pai da medicina, a quem foi atribuído o conhecido e célebre aforismo que deveria nortear o exercício da medicina: *primum non nocere*, ou seja, em primeiro lugar, não causar dano (LOEFLE, 2002). Florence Nightingale, um dos marcos da enfermagem moderna, sustentava que o primeiro dever de um hospital deveria ser o de não causar mal ao paciente (NIGHTINGALE, 1863). Assim, antes mesmo de se discutir a bioética nos padrões atuais, já existia a explicitação de um de seus princípios: a não-maleficência (PBSP, 2011).

Mesmo sendo remota essa noção de que o cuidado em saúde pode ser inseguro, o ponto de partida para o reconhecimento geral e consciência do problema foram estudos de erros e eventos adversos realizados nas décadas de 1970 e 1980 nos Estados Unidos da América (EUA) (BRENNAN, 1991; MILLS, 1978), que revelaram um contexto perturbador e um tema de importância mundial.

Na atualidade, um marco na literatura internacional que chamou a atenção governamental e da comunidade científica, foi o relatório do *Institute of Medicine* (IOM) publicado em 2000 nos EUA, intitulado *To Err Is Human: Building a Safer Health System* - Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000). Este relatório descreveu o quanto são frequentes os erros durante a assistência em saúde provocando milhares de mortes e sequelas irreversíveis. Apontou estimativas, baseadas em estudos anteriores (THOMAS, 2000; BRENNAN, 1991), da ocorrência de 44.000 e 98.000 mortes a cada ano nos EUA, decorrentes de erros relacionados com a assistência à saúde, sendo 7000 destas mortes

causadas por erros de medicação (IOM, 2000).

A divulgação desses dados, além de chamar para a ação as partes interessadas, como foi o caso do governo americano, também envolveu e mobilizou várias organizações e programas, surgindo diversas campanhas e ações voltadas para a segurança do paciente.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) adotou este tema como de alta prioridade na agenda de políticas dos seus países membros a partir do ano de 2000. Em 2004, lançou formalmente a *World Alliance for Patient Safety*, visando a socialização dos conhecimentos e das soluções encontradas aos problemas de segurança do paciente. Seu objetivo foi conscientizar e conquistar o compromisso político, lançando recomendações para garantir a segurança do paciente mundialmente (WHO, 2004).

Além da OMS, outras organizações também foram mobilizadas. Dentre as quais se destacam a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), hoje denominada *The Joint Commission* (TJC) e a *Joint Commission International* (JCI), importantes empresas de acreditação de qualidade e segurança hospitalar, que foram designadas pela OMS em 2005 como os primeiros centros colaboradores para as soluções na segurança do paciente (TJC; JCI, 2008); o *Institute of Healthcare Improvement* (IHI) pela “Campanha 5 Milhões de Vidas” (IHI, 2011) e a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), designada pelo governo americano como agência federal responsável pela educação e pesquisa em segurança do paciente e muitas outras organizações que surgiram no EUA e mundialmente com propostas de mudança para uma assistência de saúde mais segura (AHRQ, 2011a).

Embora as iniciativas e atividades propostas pela *World Alliance for Patient Safety* ou mesmo outras organizações possam ser implementadas em praticamente todos os lugares onde o cuidado em saúde é prestado, convém destacar que existem generalidades e especificidades inerentes aos diversos ambientes de assistência em saúde.

Deste modo, dentre os diferentes cenários assistenciais de cuidado em saúde, destaca-se a Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Esta unidade tem por peculiaridade um cuidado que é intensivo, ou seja, deve ser prestado de forma rápida, envolve muitos procedimentos, produz um grande volume de informações, é realizado por um número grande e variado de profissionais que, em face de gravidade dos pacientes, trabalha sob forte stress, por lidarem diretamente com situações de vida e morte em que as decisões devem ser tomadas



rapidamente. Assim, por ser um cenário assistencial de alto risco, torna o paciente vulnerável a ocorrência de um evento adverso (ROTHSCHILD et al, 2005).

A prática profissional nesses locais traz implícita a necessidade de uma formação profissional e aperfeiçoamento que atendam as demandas dos pacientes que se encontram internados nessas unidades. Em um âmbito geral, a maior parte da formação desses profissionais está pautada no desenvolvimento de habilidades técnicas que permitam o desempenho de procedimentos de forma mais segura.

Embora no senso comum se imagine que a ocorrência de erro esteja atrelada única e exclusivamente a competência profissional, os estudos mostram que as relações organizacionais têm um profundo efeito para a segurança do paciente (HOFFMAN; MARKS, 2006; NIEVA; SORRA, 2003).

Assim, ao contrário do que se poderia pensar, o principal pilar da segurança do paciente não reside apenas na capacitação do profissional ou na qualidade da infraestrutura da instituição, mas sim na cultura da organização onde este profissional atua (VINCENT, 2009). Neste sentido, Leape (1994), baseado na psicologia do erro e do desempenho humano, afirmou que as limitações e falibilidades humanas dependem mais das condições de trabalho do que de treinamento.

Há muito tempo, indústrias de alto risco, tais como aviação e energia nuclear, dispensam atenção considerável à segurança e tratam a questão de forma sistemática servindo de exemplo para a área da saúde. Essas indústrias se concentraram na previsão de medidas de segurança, impulsionadas pela consciência de que fatores organizacionais, gerenciais e humanos, e não apenas falhas técnicas, são as principais causas de acidentes (SINGER et al., 2003; COLLA et al., 2005).

Nos últimos anos, tem havido um crescente entendimento de que vários fatores na área da saúde tais como a ênfase na produção, eficiência e controle de custos, a incapacidade organizacional e individual de reconhecer a falibilidade e normas profissionais visando o perfeccionismo entre os prestadores de cuidados, combinam para criar uma cultura contraditória às exigências da segurança do paciente. Deste modo, cada vez mais, a cultura do setor de saúde é considerada como um fator de risco potencial que ameaça os pacientes (NIEVA; SORRA, 2003).

Nesta perspectiva, entende-se que o ambiente organizacional das instituições de saúde pode comprometer a segurança do paciente, pois este tem influência direta no comportamento e atitudes dos profissionais que aí exercem as suas atividades. Assim, se insere o conceito de cultura

de segurança, que repercute direta e indiretamente na segurança do paciente.

O termo cultura se refere a crenças, atitudes e valores que são compartilhados dentro de um grupo de pessoas (NEWMAN, 2000). De uma maneira breve e intuitiva, a cultura também pode ser compreendida como “a forma como as coisas são feitas por aqui”, bem como são entendidas, julgadas e avaliadas (DAVIES; NUTLEY; MANNION, 2000).

Uma definição de cultura de segurança que tem sido adaptada ao contexto de segurança do paciente no cuidado em saúde, é proposta pela *Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations* (ACSNI), que define a cultura da segurança como o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências, e padrões de comportamento que determinam o compromisso, o estilo e a competência da gestão da segurança e saúde da organização (HSC, 1993, p. 23).

Uma organização com uma cultura de segurança favorável possui algumas características, dentre as quais pode ser citada a sua postura diante da ocorrência de erros, que se caracteriza por ser aberta e justa com os profissionais, no sentido de procurar aprender com os erros, em vez de culpar os indivíduos; sob esta ótica o foco é o que deu errado no sistema (NIEVA; SORRA, 2003). Em consonância, uma cultura de segurança consiste em atitudes e práticas dos membros de uma organização, dispostos em detectar erros e aprender a partir deles (HSC, 1993, p. 23), proporcionando um ambiente profissional com espírito de coesão, elevado nível de comprometimento entre os diferentes profissionais, serviços e departamentos que constituem toda a rede de cuidado (SOUZA, 2006).

Alcançar uma cultura de segurança requer uma compreensão dos valores, crenças e normas sobre o que é importante em uma organização, e que atitudes e comportamentos relacionados à segurança do paciente são esperados e adequados (SORRA; NIEVA, 2004).

Assim, para que seja possível desenvolver ações que promovam um cuidado mais seguro, considera-se necessário que seja avaliada a cultura de segurança existente na unidade onde o profissional atua de forma a identificar as fragilidades e fortalezas para, em um nível gerencial, trabalhar os diferentes aspectos em direção a uma prática mais segura.

Nos últimos anos, em paralelo com o crescente foco na melhoria da cultura de segurança, tem aumentado o interesse na avaliação da cultura nas organizações de saúde, a exemplo das indústrias de alto risco

como aviação e energia nuclear. Isto parte do entendimento que para se transformar uma cultura, primeiramente é necessário compreendê-la, ou seja, do entendimento pode emergir a ação (NIEVA; SORRA, 2003). Este entendimento pode ser proporcionado por meio de instrumentos de avaliação da cultura de segurança do paciente que atualmente vem sendo amplamente utilizados.

A avaliação da cultura de segurança resulta do clima que envolve o ambiente organizacional e é percebido pelos profissionais. Muitas vezes usado como sinônimo de cultura de segurança, o termo clima de segurança se refere aos componentes mensuráveis da cultura, tais como comportamentos de gestão, sistemas de segurança e as percepções dos profissionais (SINGER et al., 2003; COLLA et al., 2005).

Existem vários instrumentos de avaliação da cultura de segurança do paciente; estes procuram focar seus questionamentos em características da cultura, denominadas dimensões, que são aspectos que podem interferir na segurança do paciente. Dentre estes instrumentos destaca-se o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPSC), criado pela AHRQ (AHRQ, 2011b), sendo apontado por suas propriedades psicométricas favoráveis e por ser um dos melhores para avaliação da cultura de segurança do paciente no hospital (VINCENT, 2009, p. 215).

Atualmente, embora se tenha o conhecimento dos riscos na assistência em saúde e medidas que podem ser adotadas para melhorar a segurança dos pacientes, percebe-se que os países caminham de forma diversa em relação a segurança do paciente.

Dentre as iniciativas governamentais que se revelam importantes para a segurança do paciente no Brasil, pode-se destacar a relevante atuação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), por meio da Rede Sentinela e do seu constante monitoramento dos produtos de saúde utilizados no Brasil (BRASIL, 2005).

Os processos de acreditação no Brasil, que ocorrem com maior frequência em instituições privadas interessadas em atingir excelência na prestação de serviços bem como serem reconhecidas por isto; também revelam-se de grande importância para a segurança do paciente. Garantem aos pacientes, profissionais e público em geral a segurança indispensável aos serviços de saúde, tendo em vista que sua avaliação volta-se principalmente a segurança do paciente que é o primeiro nível a ser avaliado (ONA, 2011).

Embora os processos de acreditação predominem nas instituições privadas, o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários, lançado pelo Decreto Nº 7.082 de 27 de janeiro de 2010, prevê a instituição de processos permanentes de avaliação tanto das

atividades de ensino, pesquisa, extensão e inovação tecnológica, como da atenção à saúde prestada à população (BRASIL, 2010a) apontando para a necessidade de reestruturação das instituições públicas de saúde, especialmente em relação à segurança do paciente. Convém destacar que o Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) caminha neste sentido, tendo em vista a criação de um Comitê de Segurança do Paciente na instituição, denominado Cosep e oficializado desde outubro de 2010 (BRASIL, 2010b).

Outra iniciativa no âmbito governamental é o Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (Proqualis), vinculado ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), responsável por divulgar informações sobre qualidade e segurança do paciente (BRASIL, 2009).

Também fazem parte do cenário da segurança do paciente no Brasil iniciativas de órgãos de regulamentação como a do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (Coren/SP), que em 2010 lançou uma ampla campanha para a segurança do paciente (PEDREIRA; HARADA, 2009) e de organizações profissionais como a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) que criou o Guia da UTI Segura (Gutis) (CASTRO et al., 2010) e a Campanha Nacional Orgulho de Ser Intensivista com o tema segurança do paciente em 2010 (REZENDE, 2010).

No mesmo sentido e com o objetivo de disseminar e sedimentar a segurança do paciente nas organizações de saúde, escolas e universidades, foi criada em 2008 a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (Rebraensp) por meio de uma iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (REBRAENSP-SP, 2009), a qual está vinculado o Polo de Segurança do Paciente de Santa Catarina (Sepaesc) criado em 2009 (SEPAESC, 2009).

No estado de Santa Catarina, já existem projetos nos cursos de graduação, pós-graduação e grupos de pesquisa com foco na segurança do paciente. Exemplo disso é a disciplina Tópico Especial-Segurança do Paciente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC) promovida no segundo semestre de 2010. No Grupo de Pesquisa Clínica e Tecnologias, Informações e Informática em saúde e enfermagem (GIATE), algumas iniciativas foram desenvolvidas nessa área, abordando-se a temática segurança do paciente de forma direta (PAESE, 2010; desenvolvimento de vários capítulos em publicação da Organização Panamericana de Saúde (COMETTO et al, 2011) ou

indiretamente em algumas pesquisas que foram desenvolvidas, relacionadas, por exemplo, a extubação acidental, mensuração da pressão intra-abdominal, utilização do cateter central de inserção periférica (PICC).

Porém, sob o âmbito da produção científica brasileira, o tema segurança do paciente ainda não tem sido explorado de forma ampla e abrangente como vem ocorrendo no contexto mundial, o que reflete na falta de dados precisos em relação a segurança na assistência em saúde. É fato que não sabemos ao certo a quantidade de erros e acertos de nossa prática, justamente devido a carência deste dimensionamento.

Em linhas gerais, o movimento para a segurança do paciente tem demonstrado sua relevância por meio de diversas ações e envolvimento de organizações expressivas. Dentre muitas destas ações, estão incluídas as pesquisas de avaliação da cultura de segurança do paciente. Ampla aplicação destas pesquisas tem sido feita em vários países, principalmente nos EUA. No Brasil esta prática ainda é pouco realizada.

A enfermagem destaca-se em relação a segurança do paciente pelo seu contingente e a proximidade constante na assistência ao paciente. Sua atuação é norteada por preceitos éticos que estabelecem o comprometimento com a saúde do ser humano e da coletividade e a atuação na promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas. Além disso, deve assegurar ao paciente uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência (COFEN, 2007). Assim, mais que uma assistência consciente, promover a segurança do paciente representa um compromisso ético a ser seguido pelos profissionais de enfermagem.

O interesse em desenvolver este estudo surgiu inicialmente no grupo de pesquisa Giate, onde já vinha sendo estudada esta temática. Também a realização de um curso de capacitação para enfermeiros em 2009 no HU/UFSC, do qual fez parte um módulo sobre segurança do paciente, que incluía cultura de segurança do paciente, despertou para o assunto.

Além da abordagem dessa temática na literatura mundial, em 2010 aconteceram no Brasil vários eventos, alguns específicos em segurança do paciente, outros não, mas trazendo o assunto em destaque. O contato com essa literatura, bem como a participação em alguns dos eventos realizados no Brasil, demonstraram a necessidade de aproximar a questão da segurança do paciente ao seu contexto, tendo em vista a relevância e proporções que estava tomando mundialmente.

A escolha em trabalhar especificamente com cultura de segurança do paciente surgiu do entendimento que a cultura deve ser a base para

qualquer mudança voltada para os propósitos atuais de segurança do paciente. Este interesse decorre do entendimento do quanto a cultura pode interferir na segurança do paciente e da importância de identificar quais aspectos desta cultura precisam ser melhorados.

O êxito de novas iniciativas em segurança do paciente depende primeiramente da mudança de aspectos que estão arraigados na cultura da instituição ou unidade, dentre os quais a forma como é interpretado e abordado o erro.

Complementarmente, a participação no Cosep, desde o início de sua criação, só veio reforçar a importância do estudo para a instituição e especificamente para as atividades do comitê.

Ademais, estudo como este se revela importante tendo em vista os benefícios diretos que pode trazer para a prática ao propiciar um diagnóstico e avaliação do estado atual da cultura de segurança do paciente, identificando pontos fortes e áreas para um cuidado mais seguro e consequentemente de melhor qualidade. Também, seus resultados podem servir de base para futuras pesquisas, como a avaliação da mudança da cultura de segurança do paciente ao longo do tempo, bem como do impacto cultural de iniciativas de segurança do paciente e intervenções. Também é fundamental sua contribuição para sensibilizar os profissionais sobre a segurança do paciente.

Diante disso, este estudo visa responder a seguinte pergunta de pesquisa: **Qual a cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais de enfermagem de duas unidades de terapia intensiva adulto na Grande Florianópolis/SC, Brasil?**

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Analisar as dimensões da cultura de segurança do paciente na ótica dos profissionais de enfermagem de duas UTIs Adulto na Grande Florianópolis/SC, Brasil.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar e comparar as dimensões da cultura de segurança do paciente entre duas UTIs.

- Sistematizar as recomendações dos profissionais de enfermagem acerca na segurança do paciente em UTI.





### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo segue uma revisão de literatura que fundamentará as discussões e a análise dos resultados obtidos das perspectivas e recomendações dos profissionais de enfermagem de duas UTIs em relação a cultura de segurança do paciente. O objetivo desta revisão é apresentar um panorama geral da segurança do paciente com foco na cultura de segurança, explorando suas origens, conceitos e pressupostos bem como os fundamentos de sua avaliação, particularmente no contexto de cuidado intensivo.

Assim, estrutura-se com os seguintes tópicos:

- Conceitos em segurança do paciente
- História da Segurança do paciente
- Cultura de segurança do paciente
- Avaliação da cultura de segurança do paciente
- Cuidado intensivo e segurança do paciente

#### 3.1 CONCEITOS EM SEGURANÇA DO PACIENTE

O entendimento do contexto que envolve a segurança do paciente implica primeiramente no conhecimento de sua verdadeira acepção bem como de outros conceitos que estão diretamente relacionados.

Segundo a OMS, segurança do paciente significa reduzir o risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável (WHO, 2009a). Entendendo-se como um mínimo aceitável aquilo que é viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco de tratamento ou não tratamento (WHO, 2009a). Neste sentido, a segurança do paciente nada mais é do que a redução de atos inseguros nos processos assistenciais e uso das melhores práticas descritas, de forma a alcançar os melhores resultados possíveis para o paciente (ZAMBON 2010). Em breves palavras, segurança do paciente é definida como a liberdade de lesão acidental (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Quando se fala em segurança do paciente existem termos estreitamente relacionados ao assunto que também precisam ser compreendidos, pois fazem parte de sua base conceitual. Dentre estes termos, destacam-se os conceitos de erro e evento adverso.

Erro é definido como uma falha para realizar uma ação planejada da forma como deveria acontecer, ou a realização incorreta de um plano. Assim, os erros podem manifestar-se quando se faz algo errado (erros de comissão) ou quando não se faz corretamente (erros de omissão), seja no planejamento ou na execução (WHO, 2009). Por exemplo, administrar um medicamento para um paciente com alergia documentada para este medicamento seria um erro de comissão. Por sua vez, deixar de prescrever um medicamento, comprovado seus benefícios como é o caso de se usar heparina não fracionada como profilaxia do tromboembolismo venoso em um paciente após cirurgia para qual seria indicado, representa erro de omissão (AHRQ, 2011c).

No entanto, em algumas situações, apesar de haver um significativo potencial de dano, o incidente não ocorre, como é o caso do quase erro ou *near miss*. Exemplo disso seria o caso de uma unidade de sangue ser conectada erroneamente a linha venosa do paciente mas isto ser detectado antes de iniciar a infusão do sangue (WHO, 2009a).

Importante também é a classificação do erro em ativo e latente feita por James Reason. O mesmo esclarece que erros ativos ocorrem na linha de frente e seus efeitos são sentidos quase imediatamente já os erros latentes ocorrem longe da linha de frente, fora do controle direto do operador incluindo situações como treinamento inadequado, más decisões gerenciais, organizações mal estruturadas, falta de manutenção dentre outros. Acrescenta que ao contrário dos erros ativos cujas formas específicas são muitas vezes difíceis de prever, as condições latentes podem ser identificadas e corrigidas antes que um evento adverso ocorra (REASON, 2000).

## 3.2 HISTÓRIA DA SEGURANÇA DO PACIENTE

A cultura de segurança do paciente é um fenômeno complexo. Sua base conceitual vem se delineando nas últimas décadas, bem como o entendimento da sua importância para uma assistência em saúde com maior qualidade e segurança para o paciente. Seu desenvolvimento caminha com a própria historicidade do fenômeno segurança do paciente num processo de sinergia e influências. Assim, uma fundamentação teórica sobre cultura de segurança do paciente necessariamente implica no conhecimento do contexto maior onde ela se insere, ou seja, como se desenvolveu historicamente o movimento para a

segurança do paciente e o que este movimento desencadeou.

Desde os primórdios da medicina, já existe o entendimento dos riscos aos quais o paciente está sujeito quando recebe assistência de saúde. Embora já existisse esta noção, somente nas últimas décadas houve a maior consciência do problema e da necessidade do desenvolvimento de ações para proporcionar uma assistência mais segura aos pacientes.

O desenvolvimento da segurança do paciente teve diferentes influências que possibilitaram assumir a importância que tem hoje. Neste elenco, destacam-se aspectos como o aumento de litígios e situações de erros e eventos adversos na área da saúde, o interesse e preocupação dos profissionais envolvidos na assistência de saúde em melhorar sua qualidade e a influência de outras indústrias como a aviação e energia nuclear com seus conhecimentos e compreensão mais sofisticada das características do erro e dos acidentes (VINCENT, 2009, p. 18).

A maior ocorrência de litígios representaram um poderoso estímulo à segurança do paciente, pois aumentaram a atenção dos profissionais em relação aos eventos adversos e mais recentemente levaram ao desenvolvimento de medidas com objetivo de eliminar lesões aos pacientes. Há muito tempo, as demandas decorrentes de negligência médica eram vistas como um problema exclusivamente financeiro e legal, contudo, mais recentemente passou-se gradualmente a entender que eram reflexo do problema subjacente, muito mais grave da lesão causada aos pacientes. (VINCENT, 2009, p. 21).

Dentre estas demandas jurídicas envolvendo a assistência em saúde, alguns acidentes ocorridos na década de 1980 e 1990, foram altamente divulgados pela imprensa e provocaram reações entre profissionais de saúde, entidades reguladoras e no público em geral, o que significou o avanço em direção ao movimento da segurança do paciente nos EUA.

Neste período, dois acidentes com grande repercussão foram os que conduziram a morte de, Willie King que sofreu amputação da perna errada em um hospital de Nova Iorque em 1984 (HOSPITAL, 1995) e o de Libby Zion que morreu aos 18 anos por interação medicamentosa entre o antidepressivo fenelzina que estava usando e o analgésico narcótico meperidina que recebeu ao ir para o hospital com febre (BRODY, 2007). Estes casos tornaram-se simbólicos de algumas maneiras. O caso Willie King, ao tornar-se o “caso da perna errada” captou o pavor coletivo de cirurgia em local errado. Já a morte de Libby Zion, representou não apenas o perigo da interação medicamentosa, mas

também questões como número de horas de trabalho e supervisão de residentes, capturando simbolicamente o medo de cuidados médicos oferecidos por profissionais sobrecarregados, cansados, novatos, sem supervisão adequada (COOK; WOODS; MILLER, 1998, p. 07).

Outro exemplo importante foi o caso Josie King, que foi uma menina internada na UTI pediátrica do Johns Hopkins Hospital, vítima de queimaduras com água de banheira. Apesar de todos os esforços dos profissionais de um dos melhores hospitais do mundo, a criança veio a falecer de desidratação em 2001; apesar também dos esforços e envolvimento da mãe que a acompanhava, e que referia constantemente aos profissionais que a menina referia sede (JOSIE KING FOUNDATION, 2011). Esse desfecho poderia ter sido evitado se a equipe de saúde tivesse dado atenção às informações e preocupações da mãe, no entanto isso não aconteceu. São situações como esta que justificam a ênfase atual no cuidado centrado no paciente e família envolvendo-os no tratamento e na sua segurança. Dada a relevância, esse é um dos focos de atuação estabelecidos pela *World Alliance for Patient Safety* (WHO, 2008a).

Outro caso, este mais recente e que se destacou por seu desfecho, foi o caso em que o ator Dennis Quaid e sua esposa, processaram os fabricantes de heparina após seus filhos gêmeos recém-nascidos terem recebido inadvertidamente dose excessiva deste medicamento em 2007. Alegaram que a *Baxter Healthcare Corp* foi negligente ao apresentar doses diferentes do produto em frascos semelhantes (JABLON, 2007).

É importante destacar que situações de acidentes como os citados anteriormente também foram célebres em outros países. Uma delas foi o caso de Bristol que ocorreu no Reino Unido, onde em um hospital na década de 1980 houve uma sequência de mortes de crianças submetidas a cirurgia cardíaca. Os pais de algumas crianças registraram reclamações no Conselho Médico Geral, que em 1997 analisou os casos de 53 crianças, 29 das quais haviam morrido e 4 sofreram lesão cerebral grave. Três médicos foram considerados culpados por má conduta profissional e dois perderam o registro profissional. O Canadá também passou por situação similar com o caso ocorrido no Serviço de Cirurgia Cardíaca Pediátrica de Winnipeg (VINCENT, 2009, p. 22).

No contexto brasileiro, casos recentes de erros também despertam a atenção da opinião pública e intensos debates sobre o tema. Um deles é o caso de uma menina de 12 anos que morreu após receber vaselina na veia em lugar do soro, ocorrido em dezembro de 2010 (DESIDÉRIO, 2010); outro foi o de uma menina de 1 ano que teve parte do dedo cortada por uma auxiliar de enfermagem durante a retirada de uma

bandagem (BEBÊ, 2011). O evento mais recente documentado na imprensa, trata de um recém-nascido que recebeu leite materno por via endovenosa (RECÉM-NASCIDO, 2011). Percebe-se que, apesar de transcorrida uma década de mobilização global para a segurança do paciente, as discussões e abordagens dessas situações não avançaram muito além da esfera criminal, e tem tido como principal desfecho a sumária demissão dos profissionais envolvidos, sem considerar os diferentes fatores que podem ter colaborado para a ocorrência destes erros. Contudo, questões como a qualidade da escola na formação dos profissionais (PORTO, 2010), carga horária de trabalho da enfermagem e problemas estruturais das organizações de saúde (RODRIGUES, 2011), têm sido identificados, mesmo que no âmbito da discussão e debate.

Estas foram algumas das tragédias que ocorreram em instituições de saúde que levaram a intensos processos de investigação, revelando o quanto fatores sistêmicos e contextuais foram relevantes para tais desfechos, bem como a influência do ambiente e da organização nas ações dos indivíduos (VINCENT, 2009, p. 24).

Neste contexto, profissionais envolvidos na assistência em saúde e estudiosos também já haviam despertado para a problemática da segurança do paciente. Estudos começaram a ser realizados já na década de 1970 para avaliar a proporção do problema.

O pioneiro nestes estudos foi *The Medical Insurance Feasibility Study* (MILLS, 1978), realizado nos EUA em 1974, que revisou 21 mil prontuários de pacientes hospitalizados em 23 hospitais da Califórnia, encontrando eventos adversos em 4,6% dos pacientes. Outro estudo que causou impacto, publicado em 1991, denominado *The Harvard Medical Practice Study* (BRENNAN et al., 1991), encontrou dados semelhantes ao estudo anterior em relação a frequência de eventos adversos, ao revisar 30 mil prontuários de pacientes internados no estado de Nova Iorque, ou seja, em 3,7% dos casos, sendo que destes, 27,5% foram eventos adversos evitáveis; mostrando também que 13,6% dos eventos levaram a óbito o paciente. O *Utah Colorado Medical Practice Study* foi outro importante estudo realizado nos EUA, nos estados de Utah e Colorado, em 1992 onde analisando uma amostra de 14700 prontuários de pacientes internados, envolvendo 26 hospitais, foi encontrada uma incidência de eventos adversos de 2,9 por 100 pacientes, sendo 32,6% dos casos em Utah e 27,4% no Colorado (GAWANDE, 1999).

Estudos subsequentes realizados na década de 1990 na Austrália (WILSON et al., 1995), Reino Unido (SMITH, 1999) e Nova Zelândia (DAVIS et al., 2001) revelaram incidências de eventos adversos de

16,6%, 6,7% e 12,9% respectivamente.

Embora evidências mostrassem o problema dos riscos relacionados a assistência em saúde, nem mesmo o estudo *The Harvard Medical Practice Study* (BRENNAN et al., 1991) publicado em primeira página no *New York Times*, provocou impacto na época. Foi somente com a edição em 2000 do livro “*To err is human: building a safer health care system*” (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000) que o assunto da problemática na assistência em saúde foi para o topo da agenda política e vanguarda do debate público em todo o mundo (WHO, 2008a). Este livro é considerado o marco frente à temática da segurança do paciente. Foi publicado pelo IOM, uma organização independente e sem fins lucrativos que busca divulgar informações baseadas em evidências sobre medicina e saúde. Trouxe na época os dados dos estudos sobre prevalência de eventos adversos em pacientes internados, com estimativas de mortalidade e custo, causando um grande impacto na opinião pública norte-americana. Além de estimar uma mortalidade de 44.000 a 98.000 norte-americanos ao ano em decorrência de erros durante a assistência em saúde, também classificou estes erros como a 8ª causa de mortes nos EUA, ultrapassando o número de mortes por acidentes automobilísticos (43.458 mortes em um ano), câncer de mama (42.297 mortes em um ano) e Aids (16.516 mortes em um ano), com custos estimados chegando a 29 bilhões de dólares ao ano.

Diante disso, o Congresso norte-americano promoveu uma análise nos dados apresentados e posterior determinação às agências federais de saúde para que aplicassem as determinações da publicação, as quais eram balizadas por quatro afirmações: o problema dos danos causados por eventos adversos é grave; o principal problema está em sistemas falhos e não em falhas de pessoas; é necessário redesenhar os sistemas; e a segurança do paciente deve se tornar uma prioridade nacional (ZAMBON, 2009).

Salienta-se que o relatório do IOM promoveu três efeitos importantes. Primeiramente, ele encerrou o período de negação diante das evidências de pesquisas que apontavam para a gravidade dos atos inseguros na assistência em saúde. Em segundo lugar, mobilizou um número de partes interessadas à ação. O primeiro foi o congresso americano que, dentre algumas de suas iniciativas, em 2001 destinou 50 milhões de dólares anuais para a AHRQ para a investigação em segurança do paciente, designando-a como agência federal responsável pela educação e pesquisa em segurança do paciente. O terceiro importante efeito foi a motivação para os hospitais fazerem mudanças necessárias para tornar os cuidados de saúde mais seguros. (LEAPE, 2008).

O relatório “*To err is human: building a safer health care system*” (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000) além de mostrar a dimensão dos erros com os resultados que apresentou, também tinha uma segunda mensagem, ou seja, a de que a causa desses erros não era decorrente da insensibilidade ou descuido de médicos e enfermeiros, mas sim, de sistemas defeituosos. O relatório também aponta que, corrigindo estes sistemas, seria possível reduzir em 90% as lesões evitáveis (LEAPE, 2008). Disso, surge a mudança de paradigma cultural no meio médico e o tema cultura de segurança, difundido na indústria nuclear nos anos 80 faz sua aparição na indústria médica a partir do ano 2000 (NASCIMENTO, 2011).

Muitos dos princípios que atualmente regem o campo da segurança do paciente, particularmente em relação a cultura de segurança, foram influenciados por organizações de alto risco como a aviação, setor petroquímico e as usinas nucleares. Antes da área da saúde, estas organizações começaram a investigar as características dos erros humanos, criaram estratégias e desenvolveram infraestrutura, processos e tecnologia possibilitando maximizar a ação humana e prevenir erros e acidentes (PEDREIRA, 2009a, p.07).

A análise cuidadosa de alguns acidentes graves tais como do ônibus espacial Challenger (1986) que explodiu logo após o lançamento, Piper Alpha (1988) que consistiu na explosão de um poço de petróleo matando 167 pessoas e Chernobyl (1996) pela explosão de um reator liberando radioatividade por toda a Europa, aumentou a compreensão nestas organizações do desdobramento destes desastres, provocando mudanças importantes. Percebeu-se principalmente que muitos desses eventos decorreram de uma cultura deficiente e inadequada, com vários traços culturais e práticas organizacionais deficientes e prejudiciais à segurança (VINCENT, 2009, p. 98). Daí advém a forte atribuição dos atos inseguros nas instituições de saúde à cultura da organização e a importância do seu conhecimento para torná-la mais segura.

A partir disso, essas indústrias investiram muito em fatores humanos, uma disciplina híbrida baseada na Ergonomia, Psicologia e conhecimento prático adquirido nas indústrias onde a segurança é crítica. Foi por meio do estudo destes acidentes que houve um importante desenvolvimento na psicologia do erro, que vem até hoje sustentando as ações de segurança nas organizações. (VINCENT, 2009, p. 30).

Embora estas indústrias se diferenciem bastante da área da saúde, elas compartilham características importantes. Ambas são atividades perigosas, realizadas em organizações grandes e complexas e na maioria

das vezes realizadas por pessoas dedicadas e treinadas. Pressões comerciais, políticas, sociais e humanitárias têm impellido estas organizações a elevar seus padrões de produção e a melhorar e manter a segurança por meio de esforços contínuos. No entanto, o atendimento em saúde tem se baseado exclusivamente no profissionalismo e na motivação intrínseca de seus profissionais, o que é vital, mas não é o suficiente para garantir a segurança. As análises de outras organizações de alto risco têm proporcionado ajuda para o entendimento de que vários outros fatores precisam ser considerados, permitindo reconhecer as características gerais de uma organização segura (VINCENT, 2009, p. 102). Deste modo, lições aprendidas com estas organizações foram claramente relevantes para os gestores e operadores de instituições de saúde (VINCENT, 2009, p. 102; REASON, 2000).

Destaca-se que talvez a característica mais importante que diferencia estas organizações de alto risco é sua preocupação coletiva com a possibilidade de falha. Elas treinam sua força de trabalho para reconhecer os erros e recuperá-los, e continuamente ensaiam cenários familiares de fracasso e se esforçam muito para imaginar novas situações. Em vez de isolar falhas, essas organizações as generalizam; em vez de fazer reparos locais, olham para as reformas do sistema (REASON, 2000). Isso é diferente da abordagem que tradicionalmente sempre prevalece na área da saúde, ou seja, a de atribuir os erros exclusivamente à pessoa, na tentativa de identificar a existência de negligência, desatenção, descuido, falta de conhecimento ou desmotivação (WACHTER, 2010, p. 38)

Motivadas por estas influências que fizeram o movimento da segurança do paciente acontecer, sobretudo o relatório do IOM, várias campanhas e ações, algumas citadas a seguir, foram surgindo em âmbito mundial, lideradas por programas e institutos voltados para a segurança do paciente que foram dando-lhe força e expressividade.

A OMS se tornou uma importante aliada para a promoção da segurança do paciente. Em 2002, na sua 55ª Assembleia foi recomendada aos países membros a máxima atenção ao problema da segurança do paciente e ao fortalecimento de evidências científicas necessárias para melhorar a segurança dos pacientes e a qualidade do cuidado em saúde. Na época, criou um grupo de trabalho com o objetivo de estudar metodologias para avaliar riscos para a segurança do paciente nos serviços de saúde de forma sistemática. Em 2004, em sua 57ª Assembleia estabeleceu a Aliança Mundial para a Segurança dos Pacientes, sendo uma de suas diretrizes o desenvolvimento e difusão de conhecimentos sobre políticas e melhores práticas na segurança do



paciente (WHO, 2004).

A partir de então, a OMS tem lançado campanhas internacionais que reúnem experiência e evidências sobre a segurança do paciente e formulam recomendações para garantir a segurança dos pacientes que recebem cuidados no contexto mundial. Até o momento três grandes campanhas foram promovidas: “Cuidado limpo é Cuidado mais Seguro” – “*Clean Care is Safer Care*”- em 2005; “Cirurgia Segura Salva Vidas” -“*Safe Surgery Saves Lives*”- em 2008 e mais recentemente, em abril de 2011, foi lançada a campanha de “Combate a Resistência Antimicrobiana” - “*Combat Antimicrobial Resistance*”- (WHO, 2011a).

Além destas campanhas, também foram definidas em 2007 nove áreas prioritárias de atuação que são as Soluções para a Segurança do Paciente, caracterizadas como qualquer projeto de sistema ou intervenção baseado em evidência científica que tem demonstrado a capacidade de prevenir ou atenuar os danos ao paciente decorrentes dos processos de cuidados de saúde. Inclui-se ainda, a iniciativa em desenvolver uma taxonomia internacional, denominada de *International Classification for Patient Safety* (WHO, 2009a), visando definir e harmonizar os conceitos construídos sobre segurança do paciente em uma classificação aceita internacionalmente e também elencar áreas com maior necessidade de investigação em nível mundial, incluindo entre elas a cultura de segurança do paciente (WHO, 2011b).

Destacam-se também a TJC e a JCI, reconhecidas como líderes em segurança do paciente, e que vêm promovendo e oferecendo a prestação de cuidados seguros e de alta qualidade através de seus padrões, base de dados de eventos sentinela, alerta de eventos sentinela, prevenção de erros na transferência de cuidados ao paciente, Metas Nacionais de Segurança dos Pacientes dentre outros (TJC; JCI, 2008). Além disto, também passou a acrescentar em seu programa de acreditação a necessidade de programas de gerenciamento de riscos para melhorar a segurança do paciente (ZAMBON, 2009).

Outra importante campanha foi lançada pelo IHI, uma organização independente e sem fins lucrativos criada em 1991 nos EUA, que baseia suas ações e iniciativas na possibilidade da melhoria da assistência em saúde ao redor do mundo. Em 2006 o IHI lançou a “Campanha 5 Milhões de Vidas”, que consistiu em uma iniciativa para melhorar a segurança do paciente e transformar a qualidade da assistência nos Estados Unidos. A campanha tinha por objetivo evitar cinco milhões de casos de danos decorrentes da assistência em saúde, em um período de dois anos (dezembro de 2006 a dezembro de 2008), aproveitando o sucesso da campanha exatamente anterior, a “Campanha

100.000 Vidas” (dezembro de 2004 a junho de 2006), cujo objetivo era evitar cem mil mortes decorrentes da assistência. Estas campanhas foram baseadas em grupos ou pacotes de intervenções (*bundles*) estruturados em evidências científicas de excelente custo-benefício; como exemplo destas medidas foi sugerido o *bundle* para prevenção de infecções por cateter central e pneumonia associada à ventilação mecânica (ZAMBON, 2009).

É notório que importantes iniciativas para a segurança do paciente partiram dos EUA, entretanto, esta ênfase na segurança do paciente se espalhou em todo o mundo, estimulada pela Aliança Mundial pela Segurança do Paciente. Campanhas internacionais de controle de infecção, higiene das mãos e cirurgia segura, têm estimulado mudanças nos cuidados de saúde em países tão diversos como Gana e Espanha (LEAPE, 2008).

Além disso, surgiram várias organizações em diversos países com iniciativas importantes. Dentre estas se pode citar a *Australian Patient Safety Foundation Inc.* que criou um sistema avançado de gerenciamento de incidentes (*Advanced Incident Management System – AIMS*) ; *Danish Society for Patient Safety* com seu *Kit* para a Segurança do Paciente (*Danish Patient Safety Toolkits*); o *Canadian Patient Safety Institute*, responsável pela campanha Cuidado Seguro à Saúde Imediatamente (*Safer Healthcare Now!*) e pela criação de uma Simulação de Paciente; uma Ferramenta Educacional para a Segurança (*Patient Simulation: An Educational Tool for Safety*). Outra iniciativa expressiva é o programa que iniciou estudo de prevalência em países do Leste do Mediterrâneo e na África (Egito, Jordão, Marrocos, Tunísia, Sudão, Iêmen, Quênia e África do Sul) denominada Pesquisa para a Segurança do Paciente (*Research for Patient Safety*). Na América Latina o programa está sendo desenvolvido em colaboração com a Espanha e a Organização Pan-americana da Saúde, envolvendo hospitais da Argentina, Colômbia, Costa Rica, México e Peru (GOMES, 2008).

No Brasil já existem alguns programas nacionais nessa direção, no entanto, não se observa a criação de políticas nacionais específicas, nem institutos e fundações não governamentais que pesquisem e promovam recomendações sobre o tema, como o IHI nos EUA (PEDREIRA, 2009a, p. 06).

Embora ainda não existam no Brasil ações de grande abrangência a exemplo de outros países, iniciativas importantes vem se estruturando, principalmente nos últimos anos. Iniciativas estas restritas a ambientes específicos como: instituições em processo de acreditação, instituições de ensino, organizações governamentais e não governamentais.

Há algum tempo, instituições interessadas em atingir excelência na prestação de seus serviços bem como serem reconhecidas por isto, tem ingressado em processos de acreditação, caracterizados pela avaliação dos recursos institucionais de maneira voluntária, periódica, reservada e sigilosa, tendendo a garantir a qualidade da assistência através de padrões previamente aceitos (NOVAES; PAGANINI, 1994).

Apesar da acreditação ainda ser investimento de uma minoria de instituições privadas que se propõem a esta avaliação, nas instituições públicas brasileiras começam a despontar políticas voltadas para isso. Exemplo disso é o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários, lançado pelo Decreto Nº 7.082 de 27 de janeiro de 2010, que já prevê a instituição de processos permanentes de avaliação tanto das atividades de ensino, pesquisa, extensão e inovação tecnológica, como da atenção à saúde prestada à população (BRASIL, 2010a). Deste modo, percebe-se o quanto é premente a necessidade de reestruturação das instituições, em especial no que tange a segurança do paciente, pois muito em breve isto lhes será exigido.

Desde o início de 2010 um grupo de profissionais vem atuando na implantação do Cosep no Hospital Universitário, cuja oficialização se deu em 09 de outubro de 2010 pela portaria Nº 140/DG-HU/2010 (UFSC, 2010). Este Comitê é composto por uma equipe multidisciplinar de profissionais docentes e assistenciais das áreas de enfermagem, farmácia, medicina e administração, ue têm atuado em alguns aspectos considerados importantes em relação a segurança do paciente tais como: capacitação sobre segurança do paciente, identificação do paciente e notificação de erros e eventos adversos.

Uma importante iniciativa governamental em prol da segurança do paciente foi a criação da Anvisa em 1999, com a missão de proteger e promover a saúde, garantindo a segurança sanitária dos produtos e serviços. A criação da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela visando a obtenção de informação qualificada do desempenho dos produtos de saúde utilizados no Brasil foi elementar para seu desempenho. Esta rede de serviços tem a finalidade de notificar eventos adversos e queixas técnicas de produtos de saúde, sangue e hemoderivados, materiais e equipamentos médico hospitalares. Destaca-se que dentre suas ações, a implantação de gerentes de risco nos hospitais da Rede Sentinela teve um papel importante para a segurança do paciente nas instituições, ainda que esse não havia sido o propósito inicial (CASSIANI, 2010).

Outra importante iniciativa voltada a difundir conhecimento técnico científico em segurança do paciente no Brasil é o Proqualis. Esse centro está vinculado ao Ict da Fiocruz. Foi criado visando-se a

disseminação ampla de informação selecionada, atualizada e de qualidade sobre medidas que garantam a segurança aos profissionais envolvidos no cuidado (BOLETIM INFORMATIVO PROQUALIS, 2010).

O portal Proqualis é um espaço difusor de conteúdos selecionados pelos especialistas em áreas de informação clínica e segurança do paciente. A cooperação entre o Proqualis e a Bireme (Biblioteca Regional de Medicina) foi muito proveitosa para o desenvolvimento de metodologias e tecnologias do portal (BOLETIM INFORMATIVO PROQUALIS, 2010).

A enfermagem também tem avançado em relação à segurança do paciente no Brasil. Exemplo disto é a atuação do COREN-SP manifestada por iniciativas como: Declaração da Enfermagem do Estado de São Paulo para a Promoção da Segurança do Paciente; 1º Fórum de Enfermagem do COREN-SP - Segurança do Paciente, realizado em 2010; Cartilha com 10 Passos para a Segurança do Paciente e recomendações para boas práticas (COREN-SP, 2011).

Ainda no elenco destas iniciativas, em 2008 foi criada a REBRAENSP, outro passo da enfermagem para a segurança do paciente. Esta organização “tem como objetivo disseminar e sedimentar a segurança nas organizações de saúde, escolas, universidades, programas e organizações não governamentais com intuito de prevenção de danos e de fortalecimento das ações na assistência ao paciente. A rede é constituída de membros de todo o Brasil, reunidos por meio de Pólos Regionais” (REBRAENSP-SP, 2009). O pólo de Segurança do Paciente de Santa Catarina foi criado em 2009 com objetivo de promover a cultura da segurança do paciente em Santa Catarina por meio de cursos de extensão, oficinas, seminários, eventos e fóruns de experiência (SEPAESC, 2011).

Posto isto, percebe-se que a segurança do paciente é um movimento em expansão, proporcionado por políticas governamentais e desenvolvimento de novos saberes. Neste contexto, ênfase tem sido dada a cultura de segurança, considerada como principal determinante de uma assistência em saúde segura. Há o entendimento que a fim de se melhorar a segurança do paciente, além de mudanças estruturais é necessário também que ocorram mudanças culturais e comportamentais (NIEVA; SORRA, 2003; LEAPE, 1994). Portanto, o principal desafio para a segurança do paciente não é apenas clínico ou assistencial, mas também organizacional (RAMANUJAM; KEYSER; SÍRIO, 2005).

### 3.3 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A aceção que se tem atualmente sobre cultura de segurança do paciente procede de conceitos que foram construídos nos últimos 30 anos a partir de experiências de organizações de risco como aviação, energia nuclear dentre outras, que muito tem influenciado a área da saúde. Estas organizações têm lançado esforços no sentido de definir, especificar e medir a cultura de segurança bem como em desenvolver diferentes estratégias para o manejo de acidentes e situações de risco por meio de novas concepções que vem sendo difundidas principalmente em relação ao erro (CLARKE, 1999; ZOHAR, 1980). Segundo o *Department of Health* (DOH, 2000), embora estas organizações tenham características bem diferentes da área da saúde, deve ser considerado que ambos os sistemas são complexos, estão propensos a cometer erros similares e sujeitos ao mesmo tipo de pressão.

O termo cultura de segurança começou a despontar na área da saúde por meio do relatório do IOM (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000) que além de destacar a necessidade de colocar a segurança do paciente como uma prioridade das autoridades médicas, também focou as suas recomendações sobre como alterar a cultura no hospital.

Alguns anos antes da publicação do relatório do IOM, a ocorrência de graves desastres começou a preparar a base para uma nova concepção do erro e suas causas. A análise cuidadosa de graves acidentes aumentou a compreensão sobre como os eventos que precedem um desastre se desdobram. No caso do acidente de Chernobyl (1986), por exemplo, foram admitidas violações sistemáticas e numerosas dos procedimentos de segurança; em relação ao acidente de Piper Alpha (1988) foram identificadas várias causas técnicas e organizacionais enraizadas na cultura, na estrutura e nos procedimentos da empresa, atribuindo-se o erro a inexperiência, rotinas de manutenção ruins e mecanismos de aprendizado deficientes; já para o acidente no trem de Paddington (1999) foram identificados problemas como treinamento deficiente de condutores, não avaliação dos relatos que indicavam visibilidade ruim da sinalização, cultura de segurança inadequada e falhas significativas de comunicação (VINCENT, 2009, p. 99).

Com base nestas constatações, pôde-se perceber que além de ações ou omissões por pessoas que estavam no local do acidente, outros fatores prévios da cadeia sequencial de causas também fizeram parte da gênese destes acidentes (VINCENT, 2009, p. 100). Estes fatores,

denominados de condições latentes por Reason (1997), estudiosos do erro, prepararam o terreno para os acidentes, pois criaram as condições nas quais os erros e as falhas pudessem acontecer.

Dentre as condições elencadas como causas de alguns dos principais desastres citados, destacaram-se a cultura organizacional e a cultura de segurança. A partir destas constatações, a atenção se voltou para a importância da cultura de segurança e o impacto de fatores gerenciais e humanos sobre o resultado de segurança (FLIN et al. 2000; INTERNATIONAL NUCLEAR SAFETY ADVISORY GROUP - INSAG, 1991). Por isto, nas últimas décadas, cientistas que estudam segurança têm voltado sua atenção ao ambiente organizacional e em particular ao conceito de segurança.

Importante citar que até se chegar ao entendimento atual da etiologia dos acidentes, segundo Wiegmann et al. (2002) as teorias progrediram em quatro fases ao longo do tempo: na primeira fase, muitas vezes referida como o período técnico, durante o qual houve rápida evolução dos novos sistemas mecânicos, atribuíam-se os erros a falhas mecânicas, em especial na concepção, construção e confiabilidade dos equipamentos; na segunda fase, conhecida como o período de erro humano, as falhas do operador humano foram vistas como a origem do colapso do sistema; já na terceira fase, conhecida como o período sociotécnico, considerava-se a interação de fatores humanos e técnicos ao explorar as causas de erros e acidentes e finalmente, na quarta fase, que vem sendo testemunhada nos últimos anos, chamado período da cultura organizacional, se reconhece que os operadores não estão realizando suas funções ou interagindo com a tecnologia de forma isolada, mas sim que estão atuando como uma equipe coordenada de forma organizacional, que está inserida dentro de uma cultura particular.

Assim, a cultura é considerada um dos pontos-chave para a compreensão das ações humanas, funcionando como um padrão coletivo que identifica os grupos, suas maneiras de perceber, pensar, sentir e agir. Deste modo, mais do que um conjunto de regras, de hábitos e de artefatos, cultura significa construção de significados partilhados pelo conjunto de pessoas que pertencem a um mesmo grupo social. A cultura expressa os valores e as crenças que os membros desse grupo partilham (PIRES; MACÊDO, 2006).

No âmbito das organizações, a cultura pode ser entendida como o conjunto de pressupostos básicos que um grupo criou, descobriu ou desenvolveu, ao aprender como lidar com os problemas de adaptação externa e integração interna e que funcionou bem, o suficiente para serem considerados válidos e ensinados a novos membros como a forma

correta de perceber, pensar e sentir, em relação a esses problemas. A cultura, sob este aspecto, inclui normas, valores e rituais que caracterizam um grupo ou organização; servindo como mecanismo de controle social, traduzido por meio das expectativas sobre atitudes e comportamentos apropriados de um grupo (SCHEIN, 1991).

O conceito de cultura de segurança foi proposto inicialmente para explicar a catástrofe de Chernobyl em 1986, quando mostrou a importância da cultura de segurança e o impacto de fatores gerenciais e humanos sobre o resultado do desempenho de segurança e desde então se tornou essencial no vocabulário da gestão de riscos industriais (CHEVRAU, 2008) e mais recentemente para a área da saúde. Vincent (2009, p. 202) destaca que a cultura da segurança não surgiu completamente formada, ela resultou de uma cultura organizacional. Assim, ao se falar em cultura de segurança, implicitamente aborda-se a cultura organizacional mais ampla. Nesse sentido, o termo cultura de segurança é visto como um aspecto focado, ou seja, uma dimensão de um conceito mais global da cultura (HAUKELID, 2008).

Existe uma ampla variedade de conceitos para definir cultura de segurança. Guldenmund (2000) identificou 17 conceitos sendo que destes 29% eram oriundos do setor nuclear. No entanto, o conceito que tem sido amplamente reconhecido e que também pode ser adotado no contexto da assistência em saúde é o da ACSNI:

A cultura de segurança de uma organização é o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento, tanto individuais como coletivos, que determinam o comprometimento, o estilo e a facilidade de execução de programas de Saúde e segurança organizacionais. Organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas por comunicação baseada na confiança mútua, por percepções compartilhadas da importância da segurança e pela confiança na eficácia das medidas preventivas. (HSC, 1993, p. 23) (*tradução nossa*)

Ainda, segundo o HSC (1993, p.23), em uma organização segura, este padrão de conceitos compartilhados coloca a segurança como uma das mais altas prioridades, ou seja, qualquer pessoa sob influência desta prioridade passa a lidar com os novos eventos e toma decisões baseadas nela. Neste sentido, o comprometimento, o estilo e a facilidade de execução de um programa de segurança organizacional são importantes,

assim como a definição formal desses programas. Esse comprometimento e estilo decorrem de valores e atitudes individuais e grupais.

Seguindo este entendimento, pensar em termos de segurança consiste numa atitude de questionamento sistemático, de recusa de estar satisfeito com os resultados alcançados, uma preocupação permanente para a perfeição, e um esforço de responsabilidade pessoal e autodisciplina do grupo para a segurança (NASCIMENTO, 2011).

Entende-se que produzir e manter uma cultura de segurança é um processo contínuo, sistemático e demorado. Não haverá momento em que o trabalho de melhorar e manter a cultura de segurança esteja terminado (VINCENT, 2009, p. 203).

Hudson (2003) criou um modelo de Maturidade Cultural representativo da evolução da cultura de segurança de uma organização, caracterizado por cinco estágios assim definidos:

- Patológica: neste estágio a segurança é um problema causado pelo profissional. É norteadada pelos negócios e o desejo de não ser descoberto pelo agente regulador.
- Reativa: as organizações começam a tratar a segurança como algo sério, mas ações corretivas são implementadas somente após a ocorrência de incidentes;
- Calculada: a segurança é gerenciada por sistemas administrativos, com a utilização de coleta de dados. Melhorias são impostas pelos gerentes.
- Proativa: existe a melhoria dos processos. Funcionários da organização começam a ter iniciativas para a melhoria da segurança, diferentemente de uma abordagem meramente horizontal;
- Participativa: há participação ativa dos funcionários de todos os níveis. A segurança é encarada como parte inerente do negócio (HUDSON, 2003).

Conforme Pires e Macedo (2006), as organizações estão inseridas dentro de um ambiente e interagem com ele, recebendo influências e influenciando-o. As pessoas que atuam nas organizações são agentes que contribuem para esse intercâmbio constante e seus valores constituem componentes para a formação da cultura da organização.

A cultura é considerada um dos pontos-chave para a compreensão das ações humanas, funcionando como um padrão coletivo que identifica os grupos, suas maneiras de perceber, pensar, sentir e agir. Deste modo, mais do que um conjunto de regras, de hábitos e de

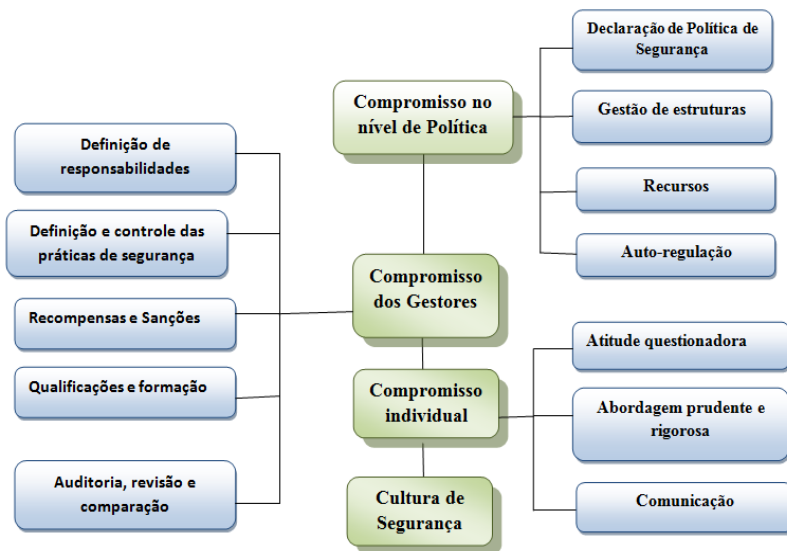


artefatos, cultura significa construção de significados partilhados pelo conjunto de pessoas que pertencem a um mesmo grupo social. A cultura expressa os valores e as crenças que os membros desse grupo partilham (PIRES; MACÊDO, 2006).

As organizações com uma cultura de segurança compartilham o compromisso com a segurança nos seus vários níveis, incluindo suas políticas, lideranças e profissionais da linha de frente. Cada pessoa envolvida na assistência em saúde é incentivada a identificar possíveis problemas de segurança e soluções, a se engajar em comportamentos seguros, a relatar erros e quase erros, sem medo de ser responsabilizado e punido. Esse compromisso implica em mudança nas políticas, procedimentos, em aquisição de equipamentos necessários, bem como em lideranças dispostas em agir e efetuar as mudanças necessárias.

Todos, independentemente de sua posição, são incentivados a fazer o que é preciso, certificando-se de fazer cada parte do cuidado e do meio ambiente de forma tão segura quanto possível. Envolve uma ampla participação. Um membro do pessoal de limpeza, por exemplo, pode reconhecer que alguns aspectos do meio ambiente podem ser perigosos para uma criança que está internada. Um paciente pode questionar uma medicação que lhe é oferecida porque parece diferente. Um estudante pode achar que dois medicamentos prescritos para o paciente podem resultar em interação. Diante destes achados, a resposta do grupo em uma cultura de segurança é de incentivo e valorização a cada um. Este tipo de cultura é chamada de "participativa". Todos os níveis na hierarquia são incentivados a participar na identificação de potenciais problemas de segurança e soluções (GALT; PASCHAL, 2010, p. 94)

A *International Nuclear Safety Advisory Group* - INSAG (INSAG, 1991), elencou os componentes que constituem uma cultura de segurança (figura1) e aponta as responsabilidades inerentes aos níveis que compõem a cultura de segurança.



**Figura 1** - Componentes da Cultura de Segurança

Fonte: INSAG (1991).

Explicando os componentes da cultura de segurança de cada nível de uma organização (figura1), no que tange às políticas, cabe considerar que as atividades que abrangem um ambiente de trabalho exigem compromisso em nível corporativo para o sucesso. Quando este compromisso é firmado publicamente e bem conhecido por meio de declarações e estruturas de gestão bem definidos, bem como disponibilização de recursos adequados com investimento em formação de pessoal e mecanismos de auto-regulação, pode-se identificar a postura de gestão empresarial em relação à vontade de ser aberta em matéria de segurança (INSAG, 1991).

As atitudes dos indivíduos são influenciadas pelo seu ambiente de trabalho. A chave para uma cultura de segurança eficaz está em práticas de moldagem do ambiente e promoção de atitudes favoráveis à segurança. Assim, cabe aos gestores a responsabilidade de instituir tais práticas de acordo com a política de segurança de sua organização e objetivos. Com base neste compromisso, é de sua competência definir responsabilidades, instituir controle de práticas de trabalho, qualificação, formação, práticas de monitorização bem como recompensas e sanções

(INSAG, 1991).

Em relação ao compromisso individual, outro nível da organização (figura 1), seus componentes incluem atitude de questionamento e uma abordagem rigorosa e prudente. O produto disto contribui para um elevado nível de segurança e gera orgulho pessoal em lidar com tarefas importantes de uma forma profissional (INSAG, 1991). O ideal é que todos os membros da organização compartilhem destes compromissos individuais, seja em diferentes níveis, categorias profissionais ou mesmo setores, de tal forma que a segurança seja um valor com o qual todos concordem e as atitudes sejam tomadas de acordo com ele. No entanto, a cultura dentro de uma organização pode variar acentuadamente em diferentes setores e grupos.

Schein (1984) expressa que a existência de várias divisões ou subunidades em uma organização permite esta variabilidade de culturas. Há situações em que a cultura corporativa geral pode ser forte, havendo adesão devido à duração e intensidade das experiências compartilhadas (SCHEIN, 1984); em contrapartida, podem haver situações em que nessas múltiplas culturas podem existir conflitos entre elas devido as disparidades de subculturas, criando uma desconfortável coexistência (MARTIN; SIEHL, 1983).

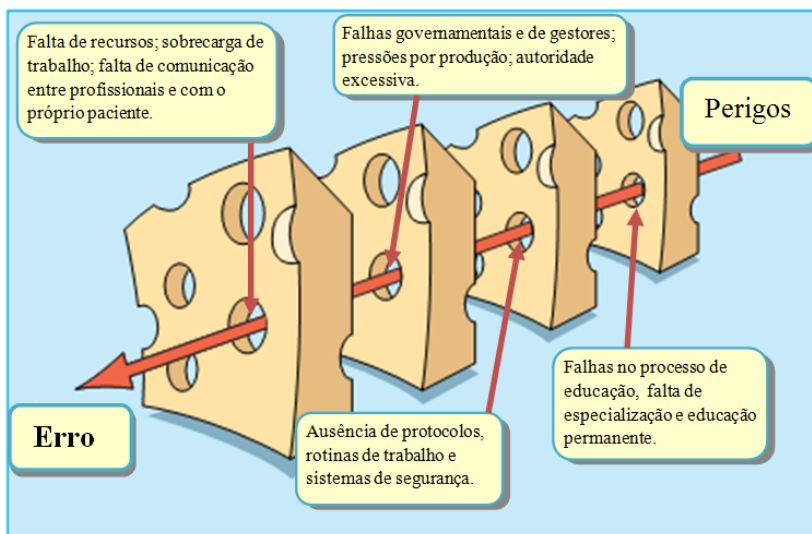
As organizações de saúde são inerentemente multiculturais, tendo em vista sua variedade de profissionais, divisões e equipes em diversos ambientes dinâmicos com diferentes subunidades de atendimento (FERLIE; SHORTELL, 2001). Estas unidades incluem cuidados intensivos, de emergência, cirúrgicos, de internação dentre outros com pessoal médico, de enfermagem em suas diferentes categorias, administração e gestão dentre outros, todos trabalhando para contribuir eficazmente para a organização em geral, saúde e a segurança dos pacientes.

Dentro deste contexto, Vincent (2009, p. 202) salienta que o atendimento médico hospitalar é ainda mais complicado pelo grande número de profissionais, cada qual com sua própria cultura e maneira de fazer as coisas. Exemplifica que a enfermagem tende a ter um código disciplinar rígido e atitudes mais duras do que os médicos em relação aos erros. Assim, apesar do entendimento de que a cultura de segurança deva ser um valor compartilhado por todos em uma organização, este contraste de culturas pode funcionar como um elemento dissuasor para a melhoria da qualidade e segurança do paciente.

Um novo olhar para a questão da segurança surgiu com a mudança de paradigma em relação ao erro. James Reason, psicólogo britânico, contribuiu decisivamente para esta mudança. O Modelo do

Queijo Suíço que ele criou para explicar os acidentes organizacionais, e que tem sido muito utilizado para a segurança do paciente, constitui o marco para esta mudança (REASON, 2000).

Este modelo foi construído a partir de numerosas investigações de acidentes na aviação comercial e de instalações nucleares. Enfatiza que em organizações complexas, um único erro na extremidade de um processo raramente é suficiente para causar um dano. Para causar um resultado devastador, esclarece que estes erros devem perpassar múltiplas e incompletas camadas de proteção representadas pelas fatias do queijo suíço (figura 2). Essa nova perspectiva em relação ao erro trouxe a necessidade de focar menos no alvo ou de tentar alcançar o comportamento humano perfeito e focar mais na tentativa de encolher os buracos do queijo suíço, referidos como causas latentes, bem como criar múltiplas camadas sobrepostas de proteção a fim de diminuir a probabilidade de que os buracos se alinhem novamente e assim que um erro os atravesse (WACHTER, 2010, p. 35).



**Figura 2** – Modelo do Queijo Suíço

Fonte: Adaptado de Reason (2000).

Ainda conforme Reason (1997), tradicionalmente a análise do erro tem estado concentrada na identificação de sua causa. No entanto,

um novo entendimento é o de que os acidentes em sistemas complexos ocorrem principalmente pela concatenação de múltiplos fatores (figura 2) ou pequenas falhas, que apenas em conjunto são suficientes para produzir o acidente. Muitas vezes, essas pequenas falhas ou vulnerabilidades estão presentes na organização muito antes de um incidente específico ter acontecido. Todos os sistemas complexos contêm tais fatores latentes ou falhas, mas apenas raramente eles se combinam para criar a trajetória de um acidente.

Assim, sob a perspectiva de Reason (2000), existem duas abordagens para o problema da falibilidade humana, ou seja: a abordagem na pessoa que se concentra sobre os erros dos indivíduos acusando-os de desatenção, esquecimento ou fraqueza moral; e a abordagem do sistema que se concentra nas condições em que os indivíduos trabalham tentando construir defesas para evitar erros ou mitigar seus efeitos (REASON, 2000).

Muitos erros estão frequentemente fora do controle consciente do indivíduo, e são precipitados por esta grande variedade de fatores, em geral fora do seu controle. Sistemas baseados no desempenho livre de erros estão condenados ao fracasso, assim como as tentativas de prevenir os erros de forma reativa baseadas na disciplina e no treinamento. Assim, para a otimização da segurança do paciente nas instituições de saúde, é necessário que médicos, enfermeiros, farmacêuticos, administradores dentre outros profissionais mudem sua forma de encarar os erros (LEAPE, 1994).

Basicamente, deve-se entender que o erro é frequente, podendo ser cometido mesmo pelas melhores pessoas e precipitado por circunstâncias que estão fora do controle do profissional, até mesmo fora do seu controle consciente, sendo que, em raros casos, os acidentes graves são causados por uma pessoa, de forma isolada. Considerando-se estes aspectos, a culpa e a acusação se tornam não só moralmente erradas, mas também muito irrelevantes na busca da segurança (VINCENT, 2009, p.125). Para Reason (1990, p.173):

Em vez de serem os principais instigadores do acidente, os operadores tendem a ser os herdeiros dos defeitos do sistema criado por má concepção, instalação incorreta, manutenção defeituosa e decisões ruins de gestão. Sua parte é geralmente a adição de um enfeite final para uma bebida letal cujos ingredientes já estão há muito tempo cozinhando. (*tradução nossa*)

Reason (2000) comenta ainda que uma abordagem do erro centrada exclusivamente na pessoa pode trazer consequências graves e não é apropriada ao domínio médico. Além disto, uma adesão contínua a esta abordagem impede o desenvolvimento de instituições seguras na área da saúde. Tal abordagem pode ser danosa, pois ao centrar-se exclusivamente nas origens individuais do erro, isola atos inseguros do seu contexto no sistema. Assim, duas características importantes do erro humano tendem a ser esquecidas: primeiramente que o erro não é monopólio de poucos infelizes e em segundo lugar que erros tendem a recair em padrões recorrentes. Assim, um conjunto de circunstâncias pode provocar erros semelhantes independente das pessoas envolvidas.

Organizações como a aviação, energia nuclear dentre outras são exemplos da abordagem sistêmica do erro. Sua cultura fornece aos profissionais lembretes e ferramentas para ajudá-los a lembrar-se dos riscos, antecipando o pior e se preparando em todos os níveis. Para essas organizações, a busca da segurança não é tanto sobre a prevenção de falhas isoladas, seja humana ou técnica, mas no sentido de tornar o sistema tão robusto como é possível em face de seus perigos humanos e operacionais. Essas organizações não são imunes a efeitos adversos, elas aprenderam a habilidade de converter esses reveses ocasionais em resistência melhorada do sistema (REASON, 2000).

Por isso, ênfase tem sido dada a examinar o contexto maior, numa perspectiva sistêmica do erro, e a considerar a influência que uma cultura insegura pode ter para a gênese dos erros. Para isto, têm sido propostas mudanças com base em características essenciais para uma cultura de segurança.

Estudos têm apontado que existem características fundamentais para uma cultura de segurança positiva (figura 3). Dentre estas, se destacam o envolvimento das lideranças e equipes, cultura justa e franca, cultura do relato, comunicação eficaz, resiliência e aprendizagem a partir dos erros (FENG et al., 2011; FLIN; YULE, 2004; LEONARD; GRAHAM; BONACUM, 2004; WEST, 2004; PAGE, 2004).



**Figura 3** - Características da Cultura de Segurança

Cabe destacar que nenhuma dessas características diz respeito a aspectos individuais, mas sim organizacionais. Além disso, o desenvolvimento de uma cultura de segurança não parte do comportamento individual, mas do contexto organizacional como um todo.

Dentre as características que têm sido elencadas como primordiais para uma cultura de segurança (figura 3), destaca-se, inicialmente, o engajamento dos líderes e gestores, pois há o entendimento de que a cultura começa com a liderança (SAMMER, 2010).

O compromisso da gestão com a segurança foi identificado como a chave para se estabelecer uma cultura de segurança positiva (FENG et al., 2011). A liderança é um elemento crítico em um programa de segurança do paciente que não é delegável. Somente líderes podem direcionar esforços de forma produtiva em seus cuidados nas organizações de saúde para promover uma cultura de segurança e o empenho necessários para resolver o problema subjacente de erros e danos aos pacientes (IHI, 2005).

Estudos têm demonstrado que estilos particulares de liderança

estão associados com melhores comportamentos de segurança entre os profissionais e desempenho favorável das organizações em aspectos como redução das taxas de acidentes e aumento da conformidade em relação a segurança (FLIN; YULE, 2004 ).

Segundo a OMS (WHO, 2009b), uma gestão eficaz da segurança implica no envolvimento das lideranças em todos os níveis de gestão. Inclui lideranças que vão desde os gerentes de nível médio como é o caso dos chefes de unidade, que estão em um nível tácito, até os gerentes de nível superior que inclui os gerentes seniores da organização, num nível estratégico.

Existem teorias que abordam a questão da liderança, principalmente em relação ao desempenho do negócio e produtividade (WHO, 2009b; VINCENT, 2009, p. 220). Contudo, a teoria transformadora de Bass e Avolio (1994) tem sido reconhecida pela sua aplicabilidade principalmente para a segurança (WHO, 2009b; VINCENT, 2009).

Sob a perspectiva de Bass e Avolio (1994), existem dois tipos de liderança importantes para a segurança: a transacional e a transformacional. A liderança transacional caracteriza-se por ser efetiva e eficiente, pois estabelece objetivos, consegue consenso sobre o que precisa ser feito, monitora o desempenho, recompensa e repreende de forma apropriada. No entanto, o máximo que produz são níveis de desempenho esperados, porque apela para metas e aspirações individuais. Por sua vez, líderes de maior desempenho apresentam também comportamentos transformacionais além dos comportamentos transacionais elencados. Estes líderes são carismáticos, inspiradores, estimulantes e atenciosos. Preocupam-se em transmitir um senso de propósito de visão, em capacitar os membros da equipe e considerar os membros da equipe como únicos. A importância desse tipo de liderança para a segurança do paciente tem sido demonstrada em alguns aspectos como: comunicação mais efetiva e frequente entre supervisores e subordinados; inspiração a maior compromisso dos trabalhadores por meio do estilo positivo de liderança e estímulo ao comportamento seguro ao permitir a participação dos trabalhadores na tomada de decisão sobre segurança (FLIN; YULE, 2004).

Para Vincent (2009, p. 221), os líderes influenciam diretamente a segurança, ao organizarem comitês e iniciativas relacionadas à segurança, dando tempo aos profissionais para se engajarem em atividades fundamentais, como a reestruturação dos sistemas. Líderes também são importantes para a segurança quando falam sobre ela, quando mostram o quanto eles a valorizam e quando estão dispostos a



conversar sobre os erros e assuntos de segurança de forma construtiva. Considera também que a segurança é fortemente influenciada por supervisores como a enfermeira responsável pela enfermagem, por exemplo, tanto em termos de gestão eficiente, como de atitudes e valores que são estimulados àqueles que comandam, demonstrando-se que a importância da gestão para a segurança se dá em todos os níveis.

Outra característica importante de uma cultura de segurança consiste numa abordagem “justa e franca” em relação aos erros. Isto representa uma enorme mudança em relação à prática acusatória que ainda prevalece. Esta abordagem exige uma resposta mais compreensiva e cuidadosa quando o erro ou evento adverso ocorrem na área da saúde. Isto não significa acabar com a responsabilidade pessoal como também as restrições sociais, disciplinares e legais. (VINCENT, 2009, p. 204).

Concebe-se que a cultura punitiva, que historicamente tem pairado nas instituições de saúde, gera mais danos que benefícios. Além disso, acreditando que sempre haverá erros, a ação mais lógica e necessária para a organização deve ser dirigida para a criação de uma cultura institucional educativa e não punitiva, tendo como ponto de partida o relatório e a análise de erros e eventos adversos (FRANCO, 2005).

As organizações de saúde precisam de esforços para superar a cultura tradicional da culpa e do castigo, e incentivar a cultura da segurança, baseada na cultura do relato e do aprendizado (QUINTO NETO, 2006). Segundo Leape et al. (1998) ao invés de melhorar a segurança, a punição faz a redução do erro muito mais difícil, fornecendo fortes incentivos para que as pessoas escondam seus erros, evitando assim o reconhecimento, a análise e a correção das causas subjacentes.

Entende-se que os erros não podem ser resolvidos se não forem reconhecidos e relatados. A segurança depende de informações essenciais de toda a força de trabalho, pois está em contato direto com os riscos (GANDRA; RAMALHO; MARQUES, 2004). Falhas em reconhecer e relatar erros impede os esforços para melhorar a segurança do paciente. Somente quando os erros são abertamente reconhecidos, suas causas podem ser adequadamente abordadas e erros posteriores poderão ser impedidos (HUGHES, 2004).

Em relação a isto, o IOM informou que "o maior desafio de se mudar para um sistema mais seguro de saúde está na mudança da cultura de culpar indivíduos por erros para uma em que os erros são tratados não como fracassos pessoais, mas como oportunidades para melhorar o sistema e evitar dano" (IOM, 2001, p.79). Assim, para se alcançar a confiança da força de trabalho no sentido de reportar os erros e acidentes

ocorridos é fundamental que a instituição crie um clima organizacional que proporcione o relato das vulnerabilidades percebidas pelos profissionais (GANDRA; RAMALHO; MARQUES, 2004).

O reconhecimento dos erros requer um ambiente baseado na confiança e no respeito mútuo, onde os profissionais estejam motivados e sintam-se apoiados e incentivados a fazer parte da melhoria da segurança do paciente, sem medo de represálias (PAGE, 2004). Contudo, além deste ambiente favorável ao relato dos erros, baseado numa perspectiva elucidativa, construtiva e não punitiva, também se faz necessária a existência de canais de comunicação eficientes, que além de contribuírem para o reconhecimento dos erros, também são importantes nos processos de trabalho.

A comunicação aberta é essencial para a eficiência no local de trabalho proporcionando como resultado um trabalho seguro e de alta qualidade. Ela fornece conhecimento, institui relacionamentos, estabelece padrões de comportamento previsíveis e é vital para a liderança e para a equipe (WHO, 2009b).

Acredita-se que falhas na comunicação são causa comum de dano inadvertido ao paciente (LEONARD; GRAHAM; BONACUM, 2004). Relatório de eventos sentinela elaborado pela *TJC* (2011) aponta que de 1730 casos analisados em 2009 e 2010, a comunicação foi a terceira maior causa destes eventos nestes anos em 1273 casos, seguida das causas avaliação e planejamento da assistência em 2009, e liderança e fatores humanos em 2010. Estudo realizado por Reader et al. (2006) apontou a comunicação com uma habilidade não técnica determinante de muitos incidentes relatados em UTI. Também em UTI pode-se encontrar percepções diferentes de comunicação entre os profissionais, havendo a necessidade de se criar um ambiente seguro onde os membros da equipe possam falar abertamente sem medo de represálias ou vergonha em caso de alguma preocupação com a segurança ou problemas com a qualidade dos cuidados prestados (READER et al., 2007).

Diante da complexidade da assistência em saúde, juntamente com as limitações inerentes do desempenho humano, torna-se importante a existência de ferramentas de comunicação padronizadas que proporcionem ambientes onde as pessoas possam falar e expressar suas preocupações bem como partilhar “linguagem crítica” comum para alertar os membros da equipe acerca de situações inseguras (LEONARD; GRAHAM; BONACUM, 2004, grifo do autor).

Ainda discorrendo sobre as características da cultura de segurança, deve-se considerar que a força de trabalho de qualquer organização de saúde é vital para sua sobrevivência. Acredita-se que

uma força de trabalho altamente competente e comprometida é fundamental para seu sucesso de uma organização. A evidência é clara de que os funcionários influenciam não só o desempenho financeiro da organização, mas também a segurança e a qualidade do atendimento aos pacientes (GELINAS; LOH, 2004).

Observa-se que o trabalho em equipe pode ser afetado por algumas características estruturais, como o número de membros, a hierarquia e status, papéis e normas de comportamento aceitas. Estes fatores podem ser diferentes e dependentes do tipo de equipe bem como onde a equipe atua e podem influenciar sua coesão (WEST, 2004).

Em um estudo que visou identificar as representações dos técnicos e auxiliares de enfermagem acerca do trabalho em UTI, foi identificado que a estrutura rígida e hierarquizada do serviço de enfermagem, caracterizada pela postura autoritária e centralizadora do enfermeiro junto aos demais membros, contribui para dificultar o desenvolvimento do trabalho em equipe. O estudo sugere a necessidade dos enfermeiros repensarem e modificarem o modelo de gerenciamento de recursos humanos que vêm desenvolvendo. Um modelo mais flexível parece ir ao encontro dos anseios dos trabalhadores, sendo desejável maior horizontalidade nas decisões e poderes, bem como maior participação de todos os trabalhadores de enfermagem (SHIMIZU; CIAMPONE, 2004).

Conforme exposto, o envolvimento de lideranças e equipes em prol de uma assistência em saúde segura, sob o alicerce dos preceitos de uma cultura justa, comunicações efetivas e aprendizado a partir dos erros são características fundamentais de uma cultura de segurança. No entanto, também é importante como a organização se comporta e reage diante destes erros. Disto surge o conceito de resiliência, outra importante característica da cultura de segurança. Esta consiste no grau com que um sistema continuamente previne, detecta, atenua ou melhora seus riscos e incidentes (WHO, 2009a). A resiliência é um estado em constante mutação, onde não basta apenas voltar à situação anterior, mas deve-se ocupar uma situação mais ampla. Podemos imaginar um muro que impede a entrada de pessoas indesejadas, mas que pode ser atravessado à força. A resiliência seria a capacidade de reconstruir este muro, porém mais alto e mais reforçado (ZAMBON, 2010).

Em organizações com forte cultura de segurança, os erros representam uma oportunidade de aprendizagem e assim devem ser encarados. O desenvolvimento de uma cultura de aprendizagem se dá por meio da análise profunda dos incidentes, de uma boa comunicação, com provisão de *feedback* e partilha de informação. É importante que

este processo mobilize todos os funcionários para atuarem proativamente contribuindo com suas ideias. Assim, a existência de uma cultura de aprendizagem permitirá que as organizações identifiquem e aprendam a alterar as condições inseguras (HSE, 2005).

Nos últimos anos, reestruturar os serviços de modo a contemplar as características apresentadas tem sido uma busca crescente. Contudo, isto é um processo que tem muito a avançar, pois apesar do aprimoramento teórico e conceitual, na prática, mesmo em países onde iniciou o movimento da segurança do paciente, ainda prevalece uma cultura que tende a ser desfavorável em alguns aspectos.

A cultura de segurança, seja em indústrias de alto risco e principalmente na área da saúde, é uma temática relativamente recente e em construção. Revisando a literatura, encontra-se que um dos assuntos em que ainda há falta de consenso refere-se aos termos cultura e clima de segurança, que algumas vezes são utilizados como sinônimos. Cooper (2000) procura estabelecer a diferenciação destes termos ao distinguir que a cultura de segurança possui três aspectos inter-relacionados (figura 4), a saber: comportamentais ou organizacionais, situacionais ou corporativos e aspectos psicológicos.

Para Cooper (2000), os aspectos comportamentais da cultura de segurança consistem no “que as pessoas fazem” dentro da organização, o que inclui as atividades relacionadas com a segurança, ações e comportamentos exibidos pelo funcionário. Aspectos estes que também podem ser descritos como fatores organizacionais. Os aspectos situacionais por sua vez descrevem “o que a organização tem”, ou seja, suas políticas, procedimentos operacionais, sistemas de gestão, sistemas de controle, fluxos de comunicação e sistemas de fluxo de trabalho. Estes aspectos também são descritos como fatores corporativos. Já os aspectos psicológicos referem-se a “como as pessoas se sentem” sobre a segurança e sistemas de gestão da segurança. Engloba as crenças, atitudes, valores e percepções dos indivíduos e grupos em todos os níveis da organização, que são muitas vezes referidos como clima de segurança da organização. Isto pode ser medido por meio da utilização de questionários de clima de segurança que visam descobrir as atitudes da força de trabalho e percepções em um dado ponto no tempo.



**Figura 4** – Aspectos da Cultura de Segurança

Fonte: Adaptado de Cooper (2000).

Sob este entendimento, o clima de segurança consiste numa fotografia do estado da segurança que apresenta a situação da cultura de segurança subjacente de um determinado grupo de trabalho (COX; FLIN, 1998). Normalmente na área da saúde tem sido utilizado o termo cultura de segurança quando se refere a sua avaliação, no entanto, a expressão “clima da segurança” também pode ser usada (VINCENT, 2009, p. 214). Neste estudo adotou-se o termo cultura de segurança.

Em relação a importância da cultura de segurança, os estudos tem demonstrado que uma cultura de segurança positiva repercute em resultados positivos na prática. Alguns dos resultados percebidos incluem redução de taxas de mortalidade, maior efetividade nos salvamentos, redução de erros entre os profissionais de saúde bem como aumento da satisfação dos pacientes (SEAGO; WILLIAMSON; ATWOOD, 2006; BOYLE, 2004; SOKOL, 2004; SHOJANIA et al., 2001).

Uma cultura de segurança implica em práticas voltadas para a promoção da segurança do paciente definidas pelo IOM (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000) como um processo de livrar o paciente de lesões acidentais, estabilizando os sistemas e processos operacionais com o objetivo de minimizar a probabilidade de erros e maximizar a probabilidade de interceptação dos erros quando eles ocorrem.

Deste modo, algumas práticas têm sido desenvolvidas por meio da aplicação de ferramentas fundamentadas em princípios de uma cultura de segurança ideal (GOMES, 2008). Dentre estas, se destacam

as ferramentas utilizadas para notificação e análise de erros e eventos adversos, checklists e protocolos utilizados para facilitar os processos de trabalho, ferramentas para melhorar comunicação entre os profissionais e também para se avaliar a cultura de segurança.

Importante destacar que já estão começando a despontar na área da saúde estudos que evidenciam a relação entre o clima de segurança e o comportamento seguro e redução de acidentes. Estudo realizado por Neal e Griffin (2006), em um hospital australiano durante um período de 5 anos, mediu a percepção do clima de segurança, a motivação e o comportamento dos profissionais relacionando-os com a ocorrência de acidentes com os mesmos. Foi identificada uma forte relação entre clima de segurança, comportamento seguro e redução de acidentes. Em outro estudo (ANDREOLI, 2010), foi avaliada a cultura de segurança ao ser utilizado um instrumento para melhorar a comunicação entre os profissionais, denominado SBAR (*Situation-Background-Assessment-Recommendation*). Este estudo permitiu identificar o quanto uma forte colaboração da equipe interprofissional e a comunicação podem influenciar na prevenção de quedas e na gestão em reabilitação. Contudo, práticas inovadoras no sentido de melhorar a cultura de segurança só serão efetivas e alcançarão seu potencial se forem acompanhadas de mudanças fundamentais na cultura de segurança. Por exemplo, dentro de uma cultura punitiva onde o reconhecimento do erro não é aceitável, sistemas de notificação de erros e eventos não irão superar problemas crônicos de subnotificação (NIEVA; SORRA, 2003).

Entende-se que para transformar uma cultura é importante primeiro entendê-la (NIEVA; SORRA, 2003). A compreensão da magnitude que envolve o problema da segurança e os principais fatores que levam a ocorrência de erros é essencial para se conceber soluções eficazes e eficientes para os diferentes contextos e ambientes, e para construir sistemas de saúde mais seguros (WHO, 2008b). Por isto, tem ocorrido interesse crescente pela avaliação da cultura de segurança nas organizações de saúde em paralelo com o crescente foco na melhoria da cultura de segurança. Neste sentido, instrumentos de avaliação da cultura de segurança fornecem um caminho para tal compreensão (NIEVA; SORRA, 2003).

### 3.4 AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A avaliação da cultura de segurança tem sido uma prática comum

em indústrias, incluindo aviação, ferrovias e outros ambientes complexos e dinâmicos. Começou a surgir após um relatório da Agência Internacional de Energia Atômica (INSAG, 1991), porém o termo clima de segurança já havia surgido alguns anos antes em uma investigação de atitudes de segurança na indústria israelense ( ZOHAR, 1980 ).

Recentemente, medidas quantitativas de cultura de segurança foram desenvolvidas especificamente para as organizações de saúde (PANOZZO, 2007), incluindo a Pesquisa Hospitalar sobre Cultura de Segurança - HSPSC (SORRA; NIEVA, 2004), o questionário de atitudes de segurança (SEXTON et al., 2006, SEXTON et al., 2004), o Instrumento de Stanford (SEXTON et al., 2006; SINGER et al., 2003) dentre outros.

Segundo Nieva e Sorra (2003) estes instrumentos de avaliação da cultura de segurança podem ser úteis para diagnosticar a cultura de segurança de uma organização, identificar oportunidades de melhoria, conscientizar em relação a segurança e assim melhorar a segurança do paciente. Também são importantes para medir as condições organizacionais que ocasionam efeitos adversos e dano aos pacientes, bem como para se desenvolver e avaliar as intervenções de melhoria da segurança nas organizações de saúde. Fornecem uma medida pela qual os entendimentos implícitos compartilhados sobre "a forma como fazemos as coisas por aqui" tornam-se visíveis e disponíveis.

Os instrumentos que avaliam a cultura de segurança são classificados como instrumentos de avaliação psicométrica. Etimologicamente, a psicometria representa a teoria e a técnica de se medir os processos mentais, aplicada especialmente na área da psicologia e educação. Está fundamentada na teoria da medida em ciências em geral, ou seja, no método quantitativo, cuja principal característica e vantagem é o fato de representar o conhecimento da natureza com maior precisão do que a utilização da linguagem comum para descrever a observação dos fenômenos naturais. A psicometria procura explicar o sentido que têm as respostas dadas pelos sujeitos a uma série de tarefas, tipicamente chamadas de itens (PASQUALI, 2009).

Estes instrumentos são questionários aplicados na organização como um todo ou em parte dela (GULDENMUND, 2000). Tais instrumentos exploram o clima de segurança, ou seja, os aspectos psicológicos da cultura de segurança, incluindo as crenças, atitudes, valores e percepções dos indivíduos e grupos em todos os níveis da organização (COOPER, 2000). Nesta perspectiva, o clima de segurança representa a manifestação ostensiva da cultura de uma organização, ou seja, por meio do clima a cultura de segurança se manifesta (GULDENMUND, 2000).

O entendimento da diferença entre clima e cultura organizacional, conforme já foi abordado, faz-se necessário para a compreensão de como os instrumentos de avaliação da cultura de segurança são operacionalizados e avaliados. Temos que o clima organizacional é comumente concebido com uma configuração distinta, de dimensionalidade limitada, sendo pesquisado utilizando-se questionários auto-administrados. Tais medidas são, até certo ponto, objetivas e semi-quantitativas. Já a cultura organizacional, muitas vezes é determinada fenomenologicamente, ou seja, por meio de observações e entrevistas, por meio de tentativa e erro, comparação mútua e assim por diante. Estas medidas são qualitativas e assim mais difíceis de quantificar (GULDENMUND, 2000).

A avaliação quantitativa da cultura de segurança da assistência em saúde por meio de questionários auto-administrados tem sido amplamente utilizada. Alguns instrumentos contêm uma escala com cinco categorias de resposta, por exemplo, que vão desde “nunca” até “sempre”. O processamento dos dados é então baseado na construção de indicadores a partir da agregação e estratificação das respostas dependendo das características do grupo estudado. Outros instrumentos apresentam o cálculo dos escores por dimensão, por exemplo, “trabalho em equipe”, “aprendizagem organizacional”, “feedback e comunicação”, dentre outras (NASCIMENTO, 2011).

Estes questionários são frequentemente compostos de uma série de questões temáticas, que permitem que os profissionais avaliem vários aspectos considerados relevantes para uma cultura de segurança (GULDENMUND, 2000).

Há uma variação considerável em relação às características gerais, dimensões avaliadas, psicometria realizada e utilização em estudos dentre os instrumentos de avaliação da cultura de segurança (SINGER et al., 2007; SEXTON et al., 2006; NIEVA; SORRA, 2003). São avaliados vários aspectos tais como os valores, atitudes, comportamentos e normas dos membros da organização; também são avaliadas as percepções do contexto organizacional, tais como prioridades de gestão, adequação da formação e dos recursos, ou políticas e procedimentos (NIEVA; SORRA, 2003).

O clima de segurança tem sido caracterizado como multidimensional. As dimensões avaliadas pelos instrumentos de avaliação da cultura de segurança são o resultado de tendências inter e intra entrevistados para se avaliar certas questões de modo similar. Estas questões têm certa relação, pois se referem a um objeto similar (GULDENMUND, 2000).



Os instrumentos existentes diferem no número de dimensões da cultura de segurança exploradas, bem como em relação aos locais para os quais são destinados, que pode ser geral ou específico (ex. UTI, centro cirúrgico e farmácia). Permitem, principalmente, a abordagem da cultura de segurança entre os profissionais que atuam na linha de frente como médicos, enfermeiros, auxiliares, fisioterapeutas, dentre outros.

Conforme Flin (2007), tem havido um amplo debate sobre as dimensões fundamentais do clima de segurança. Em estudo realizado por Colla (2005), que analisou nove instrumentos usados na área da saúde para avaliação da cultura de segurança do paciente, em sete destes, predominaram as seguintes dimensões: liderança, políticas e procedimentos, recursos humanos, comunicação e relatórios.

Outro estudo, realizado por Flin et al. (2006), procedeu a análise de 12 estudos considerando três aspectos: a qualidade psicométrica dos instrumentos, as dimensões avaliadas e se eram feitas relações entre o clima de segurança e resultados adversos.

Com relação aos aspectos psicométricos dos estudos avaliados por Flin et al. (2006), evidenciou-se que apenas um estudo, o HSOPCS (NIEVA; SORRA, 2003 ) realizou uma análise fatorial para testar as dimensões da sua escala. Um modelo de análise confirmatória continha 42 itens agrupados em 12 dimensões. Este modelo apresentou dados ajustados e bons coeficientes Alpha.

Flin et al. (2006), ao analisarem as dimensões contempladas pelos instrumentos de avaliação da cultura de segurança, encontraram considerável sobreposição temática entre os instrumentos utilizados nos cuidados de saúde e setores industriais, resultado similar a estudos anteriores, também aplicados nestes setores (FLIN et al., 2000; GULDENMUND, 2000). Tal como na indústria e estudo de Colla (2005), o compromisso com a gestão para a segurança surgiu como dimensão mais frequente, em nove dos estudos. A maioria dos inquéritos também continha uma medida ampla dos sistemas de segurança, incluindo temas como a disponibilidade de equipamentos de proteção individual, treinamento e satisfação com o sistema de segurança. A pressão no trabalho, muitas vezes medida pelos instrumentos industriais, estava presente somente em três instrumentos de saúde, com itens como disponibilidade de pessoal para lidar com a carga de trabalho e tempo suficiente para completar as tarefas de forma segura. Sob influência da indústria, foram identificadas quatro importantes dimensões identificadas nos instrumentos utilizados na saúde, são elas: compromisso da gestão para a segurança, compromisso do supervisor, sistema de segurança e pressão no trabalho .

Tratando-se da relação entre o clima de segurança e resultados na prática, poucas medidas independentes foram realizadas segundo Flin et al. (2000). Os três estudos utilizando medidas de resultados independentes relataram associações significativas entre os escores do clima e resultados (ITOH et al., 2002; VREDENBURGH, 2002; FELKNOR, 2000).

Na perspectiva de ampliar o conhecimento dos instrumentos de avaliação do clima de segurança, a exemplo de outros estudos (FLIN et al., 2006; COLLA, 2005), realizou-se uma busca de artigos publicados no período compreendido entre 2000-2010 nas bases de dados Medline e Cinahl, buscando-se identificar os instrumentos disponíveis para avaliação da cultura de segurança e dimensões por eles avaliadas. O quadro a seguir mostra os critérios de busca utilizados.

Instrumentos de Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente e dimensões avaliadas			
Palavras chave: “patient”, “safety”, “culture”, “climate”, “survey”, “questionnaires”.			
Bases de dados	Artigos encontrados	Artigos selecionados	Critérios de busca nas bases de dados
Medline	293	17	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estudos publicados entre 01/01/2000 a 31/12/2010.</li> <li>▪ Idiomas: português, inglês e espanhol.</li> <li>▪ Resumos disponíveis nas bases de dados.</li> <li>▪ Acesso gratuito.</li> <li>▪ Estudos quantitativos.</li> <li>▪ Excluídos: teses, dissertações, resumos de congressos, anais, editoriais, comentários e opiniões, artigos de reflexão e revisão de literatura.</li> </ul>
Cinahl	85	12	
Repetidos	-	04	
Total de artigos	378	33	

**Quadro 1-** Resultados e critérios de busca às bases de dados Medline e Cinahl acerca dos instrumentos de avaliação da cultura de segurança do paciente e dimensões avaliadas, 2010.

Ao analisar os 33 artigos selecionados, foram identificados 16 instrumentos de avaliação da cultura de segurança. Observou-se predominância destes estudos nos EUA (48,5%), apesar de também terem sido realizados em outros países de diferentes continentes como: Canadá, Reino Unido, Inglaterra, Hungria, Arábia Saudita, Japão e

Coréia. Dentre estes 16 instrumentos, evidenciou-se maior utilização do instrumento HSOPS usado em 14 pesquisas, do *Safety Attitude Questionnaire* (SAQ) em duas pesquisas e suas versões para UTI que foi aplicada em três estudos e centro cirúrgico em outros três.

O número de questões presentes nos instrumentos variou de 27 a 79 e de dimensões avaliadas de 2 a 16. No que se refere às dimensões, devido à diversidade de dimensões apontadas pelos 16 instrumentos, como também a falta de uma nomenclatura universal para caracterizá-las, optou-se por agrupá-las por similaridade. Dessa forma, foram identificadas as seguintes dimensões: atuação da gestão (14 instrumentos); trabalho em equipe e ações para a promoção da segurança (12 instrumentos); processo de trabalho e condições físicas e psicológicas dos profissionais (8 instrumentos); percepção geral de segurança/risco e comunicação entre os profissionais (7 instrumentos).

Nota-se que na maioria dos instrumentos são avaliados aspectos relacionados a atuação da gestão, trabalho em equipe e ações para promoção da segurança. Estes resultados se assemelham aos encontrados por Flin et al. (2006) e Colla (2005), mesmo porque a maioria dos instrumentos analisados coincide. Percebe-se também que o HSPSC é um instrumento que vem sendo amplamente aplicado o que confere segurança para sua utilização.

No geral, a maioria dos instrumentos de avaliação da cultura de segurança do paciente é aplicada aos profissionais das diversas categorias que atuam na assistência em saúde. Porém, convém ressaltar a importância de sua utilização sistemática e periódica, principalmente para os profissionais de enfermagem, tendo em vista seu papel fundamental no contexto da segurança do paciente. A enfermagem destaca-se na assistência em saúde por ter um alto contingente de profissionais que atuam de modo contínuo e próximo ao paciente. Além disso, é responsável pela maioria das ações do cuidado. Por conta destas características, pode-se dizer que a enfermagem se encontra em uma posição privilegiada, pois em ambientes com uma cultura de segurança favorável, a enfermagem pode atuar no sentido de evitar a ocorrência de erros, detectar precocemente as complicações e atuar para minimizar seus eventos adversos proporcionando segurança ao paciente (PEDREIRA, 2009b, p.24).

Quanto a escolha do instrumento a ser utilizado, Sorra e Neiva (2003) destacam que é importante selecionar uma ferramenta que melhor atenda os fins para os quais os dados serão utilizados e englobe aspectos da cultura que são de interesse para a organização. Se o objetivo é obter uma visão sumária do estado de cultura de segurança do

paciente, um instrumento que abrange alguns temas importantes de segurança pode ser suficiente. Se o objetivo for diagnóstico, com a finalidade de identificar áreas que possam apresentar altos riscos de dano para o paciente, uma ferramenta que contenha um vasto leque de áreas de cultura de segurança oferece mais valor. Para avaliar os efeitos de uma intervenção específica de segurança do paciente é importante escolher uma ferramenta que mensure os domínios culturais específicos que serão afetados.

O instrumento escolhido para realizar o presente estudo foi o HSOPSC. Este instrumento foi criado pela AHRQ, uma organização americana considerada o braço da pesquisa em serviços de saúde do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, complementado a missão de investigação biomédica de sua agência irmã, o *National Institutes of Health*. A AHRQ abriga centros de pesquisa que se especializam em grandes áreas de saúde, tais como melhoria da qualidade e segurança do paciente, resultados e eficácia da assistência, prática clínica e avaliação de tecnologias e organização de cuidados de saúde e sistemas de distribuição. Também financia a assistência técnica para a pesquisa em serviços de saúde, principais universidades dos EUA e outras instituições (AHRQ, 2011a).

O HSOPSC foi criado por uma organização de pesquisa privada sob contrato com a AHRQ e apoio da *Quality Interagency Coordination Task Force* (QuIC), uma agência federal dos EUA, envolvida na melhoria da qualidade do atendimento do atendimento em saúde (SORRA; NIEVA, 2004).

Para o desenvolvimento do HSOPSC, os pesquisadores realizaram uma ampla revisão da literatura relativa à segurança, acidentes, erro médico, relatório de erros, clima de segurança e cultura e clima organizacional e cultura. Além disso, revisaram pesquisas publicadas e outras inéditas bem como conduziram pessoalmente e por telefone entrevistas com funcionários do hospital. A pesquisa foi pré-testada com funcionários do hospital para garantir que os itens eram facilmente compreendidos e relevantes para a segurança do paciente e ambiente hospitalar. Finalmente, foi realizado um teste piloto com mais de 1400 funcionários de 21 hospitais nos Estados Unidos. Após esse teste piloto, a pesquisa foi revista sendo mantidos somente os melhores itens da escala. O resultado da aplicação do HSOPSC apresenta boas propriedades psicométricas para os itens incluídos na escala (SORRA; NIEVA, 2004).

O HSOPSC é uma ferramenta de avaliação da cultura de segurança que possui 42 itens e 12 dimensões da cultura de segurança. Pode ser usada em hospitais como um todo ou em unidades específicas

dentro dos hospitais, bem como para acompanhar as mudanças da segurança do paciente ao longo do tempo e avaliar o impacto de intervenções (SORRA; NIEVA, 2004).

O instrumento de inquérito auto-administrado se tornou disponível ao público por meio do site da AHRQ (AHRQ, 2011b) em 2004 e, desde então, centenas de hospitais nos EUA e diferentes hospitais em vários países tem aplicado o instrumento. Em resposta aos pedidos dos hospitais interessados em comparar seus resultados da avaliação de cultura de segurança com outros hospitais, a AHRQ financiou o desenvolvimento de um banco de dados comparativo sobre a pesquisa em 2006. Este é composto dos resultados da aplicação do questionário em hospitais dos EUA, apresentados voluntariamente. O relatório deste banco de dados comparativo vem sendo apresentado anualmente desde 2007, havendo perspectiva de que seja produzido até 2012 (AHRQ, 2011b).

O banco de dados de 2011 é composto por resultados de 472.397 entrevistados de 1032 hospitais. Os resultados obtidos de respondentes de UTIs (30.407 respondentes) apontaram melhores resultados para as dimensões trabalho em equipe com 84% de respostas positivas, expectativas e ações do supervisor/gerente com 73% e apoio da gestão para a segurança do paciente. Percentuais inferiores foram encontrados para as dimensões transferências internas e passagens de plantão com 51% e resposta não punitiva ao erro com 40% (SORRA et al., 2011).

### 3.5 CUIDADO INTENSIVO E SEGURANÇA DO PACIENTE

A terapia intensiva pode ser considerada uma especialidade jovem ou recente. O cuidado intensivo evoluiu de um reconhecimento histórico que as necessidades dos pacientes com infarto agudo e doenças ou lesões com risco de vida poderiam ser melhor tratados se fossem agrupados em áreas específicas do hospital. Enfermeiras reconheceram há muito tempo que os pacientes muito doentes recebem mais atenção se eles estão localizados perto do posto de enfermagem. Inclusive Florence Nighingale, por volta de 1854, de posse desse entendimento, escreveu sobre as vantagens da criação de uma área separada do hospital para pacientes em recuperação de cirurgia, idealizando as futuras unidades de terapia intensiva. Por isto, é geralmente citada nos relatos históricos acerca dessas unidades (SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE - SCCM, 2011).

Contudo, o surgimento das UTIs como delimitação de uma área física se deu no início do século passado. Iniciativas como a criação de leitos para o pós-operatório de pacientes neurocirúrgicos, no Hospital Johns Hopkins, em Baltimore, e para prematuros, em 1927, no Hospital Sarah Morris em Chicago, marcaram seu surgimento. Posteriormente a criação das “*shock wards*” durante a II Guerra Mundial, com o objetivo de atender aos feridos, mantendo-os sob vigilância após cirurgias ou ressuscitação, e o desenvolvimento da ventilação mecânica decorrente principalmente da epidemia de poliomielite na Europa e EUA na década de 1940, foram importantes para que as UTIs fossem efetivamente criadas. Assim, a primeira UTI multidisciplinar foi criada em 1958, no atual *Johns Hopkins Bayview*, na cidade de Baltimore nos EUA (SCCM, 2011). No Brasil, o surgimento das primeiras UTIs data de 1960 no Hospital do Servidor do Estado do Rio de Janeiro e de 1961 no Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, tendo-se desenvolvido nas demais regiões a partir de 1970 (LINO; SILVA, 2001).

Segundo portaria do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998), as UTIs são unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas a diagnóstico e terapêutica (BRASIL, 1998).

As UTIs desempenham um papel decisivo na chance de sobrevivência dos pacientes com graves enfermidades, sejam decorrentes de trauma ou qualquer outro tipo de ameaça à vida. Tal papel tem crescido devido ao aumento da demanda, principalmente em decorrência da maior violência civil, e da melhora da qualidade do suporte à vida que tem acompanhado a tecnologia de ponta (PEREIRA JÚNIOR et al., 1999).

Atualmente, o ambiente da Terapia Intensiva, criado para atender a um grupo complexo e específico de pacientes, é dotado cada vez mais de progresso e tecnologia, maior número de leitos e profissionais envolvidos, e atende cada vez mais pessoas idosas e com índices de gravidade maiores (KNIBEL; RODERJAN, 2011).

O tratamento da doença grave é um grande desafio, por tratar-se de uma situação em que todos os órgãos e muitos dos sistemas inter-relacionados podem ser afetados; necessita de intervenções diagnósticas e terapêuticas rápidas; depende fundamentalmente da aplicação das mais rigorosas normas éticas; trazendo como consequência o aumento da prevalência da doença incapacitante pós-crítica que tem um impacto por muitos anos após a doença aguda (MORENO; RHODES; YOEL, 2009).

As unidades de terapia intensiva possuem características que as diferenciam de outras unidades hospitalares, tanto em relação a sua estrutura física como também à dinâmica de trabalho dos profissionais. Considerando-se isso, pode-se afirmar que estas unidades possuem características próprias, tais como: a convivência diária dos profissionais e dos pacientes em situações de risco; a ênfase no conhecimento técnico-científico e na tecnologia para o atendimento biológico, com vistas a manter o ser humano vivo; a constante presença da morte; a ansiedade, tanto dos sujeitos hospitalizados como dos familiares e profissionais de saúde; as rotinas, muitas vezes rígidas e inflexíveis e a rapidez de ação no atendimento. Assim, o cuidado de enfermagem se dá nesse ambiente conturbado por múltiplas aparelhagens, desconforto, impessoalidade, falta de privacidade, dependência da tecnologia, isolamento social, dentre outros.

Apesar dos esforços dos profissionais que trabalham nas UTIs, elas são vistas, na maioria das vezes, como ambientes frios e considerados por muitos como detentores de práticas mecanicistas. Nesses ambientes, o acúmulo de funções, a falta de funcionários, atividades burocráticas e as limitações de tempo para realizar as tarefas são fatores que geram conflitos e esgotamento dos profissionais. Contudo, estudo realizado em UTI de São Paulo apontou que, apesar do quadro de funcionários reduzido, da falta de materiais, da desvalorização profissional, cansaço, estresse, os funcionários gostam de trabalhar na UTI e preocupam-se em prestar uma assistência de qualidade e humanizada (SALOMÉ et al., 2008).

Diante desse panorama, os cuidados ao paciente em estado grave apresentam desafios substanciais com relação à segurança do paciente especialmente, por serem prestados em condições rápidas, complexas e que exigem decisões de risco, frequentemente com dados incompletos e por equipe médica com distintas formações e experiência em Medicina Intensiva; estes fatores podem levar a maior incidência de erros médicos; ademais, esses pacientes graves apresentam-se particularmente vulneráveis à iatrogenia em razão da sua instabilidade e necessidade de intervenções (CANINEU et al., 2006).

Em áreas de cuidados críticos, erros graves são comuns durante a assistência em saúde com potencial para causar dano ou realmente causá-lo. Estima-se que anualmente 148.000 erros graves fatais, interceptados ou não, ocorram em hospitais de ensino nos EUA. Estes erros ocorrem principalmente na administração de medicamentos, por falhas de informação ou comunicação de informação clínica ou por não se tomar precauções ou seguir protocolos (ROTHSCHILD et al., 2005).

Estudo realizado em UTI de hospital brasileiro identificou os seguintes erros cometidos por profissionais na assistência de enfermagem: anotação inadequada da medicação; registro dos dados incorretos; administração de medicamentos de forma incorreta; procedimentos de enfermagem não realizados; manuseio incorreto de artefatos diagnósticos e terapêuticos (ex. bombas de infusão), e utilização incorreta dos equipamentos, dentre outros (BECCARIA et al., 2009).

Dentre as principais causas de erros tem sido destacada a carga de trabalho, fadiga, alteração do ritmo circadiano, excesso de confiança e a incapacidade de trabalhar juntos como uma equipe (GAWRON, 2006). A interação entre trabalhador, tecnologia e meio ambiente também aumenta o risco de erros e resultados adversos nos pacientes e em alguns casos, lesões nos profissionais (MAHLMEISTER, 2010). Sugere-se ainda, que uma falta de poder dentro do ambiente de terapia intensiva contribui para reduzir os resultados desejados para o paciente (MANOJLOVICH; DECICCO 2007).

O trabalho em equipe eficaz é mostrado como crucial para fornecer o cuidado ideal ao paciente na UTI. Em particular, a liderança de equipe parece vital para orientar a maneira pela qual os membros da equipe da UTI interagem e coordenam-se uns com os outros (READER et al., 2009).

Incidentes em ambientes de cuidados críticos podem ocorrer pela relutância do pessoal de enfermagem em comunicar erros ou problemas observados durante o atendimento ao paciente, devido a falta de comunicação entre médicos e equipe de enfermagem sobre as mudanças de tratamento, a transferência de informações imprecisas entre diferentes equipes de cuidados, e informações insuficientes de pacientes recém-admitidos (PRONOVOST et al., 2006). Conforme Reader et al. (2009), devido a natureza hierárquica das equipes de cuidados intensivos, os comportamentos de médicos seniores parecem influenciar as percepções e comportamentos dos outros membros da equipe. No desenvolvimento de intervenções e programas de treinamento da equipe, é fundamental compreender plenamente o papel de liderança em equipes de UTI.

Diante dos desafios do tratamento intensivo e mobilização mundial voltada para a segurança do paciente, líderes das Sociedades representativas da área médica de Medicina Intensiva, reuniram-se em Viena em 11 de outubro de 2009 e assinaram a Declaração de Viena. Esse acordo tem o objetivo de desenvolver critérios de segurança que possam ser usados por UTIs em todo o mundo para melhorar suas práticas de segurança e aumentar a qualidade dos cuidados prestados em benefício



de todos os nossos pacientes (MORENO; RHODES; YOEL, 2009).

No contexto brasileiro, a Resolução da Diretoria Colegiada 7 (RDC 7) que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de UTIs e outras providências, inclui a segurança do paciente como uma de suas importantes determinações ao estabelecer que as instituições de saúde devem buscar a redução e minimização da ocorrência dos eventos adversos. Para isso, determina a realização de gerenciamento dos riscos inerentes às atividades realizadas na UTI, bem como aos produtos submetidos ao controle e fiscalização sanitária. Indica também que na monitorização e no gerenciamento desses riscos, a equipe da UTI deve definir e monitorar indicadores de avaliação da prevenção ou redução dos eventos adversos pertinentes à unidade, como também, coletar, analisar, estabelecer ações corretivas e notificar eventos adversos e queixas técnicas, conforme determinado pelo órgão sanitário competente (BRASIL, 2010c).

Outra importante iniciativa partiu da AMIB ao lançar em 2010 uma campanha voltada para a segurança do paciente em UTI. Juntamente com esta campanha foi criado o Gutis e um curso de orientação sobre UTI segura baseado neste guia (CASTRO et al., 2010). O Gutis é um material de orientação para as equipes que atuam em UTI na busca diária de comunicação entre os profissionais e de maior segurança para os pacientes. Este guia destaca 10 premissas para uma UTI segura e para o bom atendimento nesse ambiente (CASTRO et al., 2010). Dentre estas premissas a primeira a ser apresentada é a que trata de se estabelecer uma cultura de segurança. Elege o desenvolvimento de uma cultura de segurança como o elemento mais importante para se estabelecer e manter uma UTI segura. Destaca que a implantação de uma UTI segura implica em esforço de toda a equipe e é resultado de uma cooperação em todos os níveis (CASTRO et al., 2010).

Uma UTI segura possui algumas características em sua cultura que são apontadas por Castro (2010): liderança firme e respeitosa; comunicação aberta entre todos os membros da equipe multiprofissional; espírito de equipe entre todos os profissionais que trabalham juntos de forma organizada, cooperativa, complementar e responsável; reação rápida e eficiente aos desafios de mudança na busca de novos resultados; estabelecimento de uma cultura de prevenção de riscos por meio da adoção de processos claros e definidos pelos profissionais que executam as ações de saúde; relato sistemático e reação rápida para correção dos eventos adversos, com foco na correção dos processos, baseado no princípio não punitivo, tendo-se em vista que na maioria das vezes os erros são consequência de uma sucessão de

eventos e não de um único isolado. Desse modo, dada a complexidade dos tratamentos e a diversidade das intervenções oferecidas em unidades de cuidados intensivos, a atenção à cultura de segurança do paciente é particularmente relevante para o cuidado aos pacientes críticos (ILAN; FOWLER, 2005).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Survey transversal e comparativo, de natureza quantitativa. A pesquisa de survey pode ser usada vantajosamente no exame de muitos temas sociais, facilitando a observação e o entendimento do comportamento social. Trata-se de um procedimento de coleta de dados a partir de indivíduos. Estes dados podem variar entre crenças, opiniões, atitudes e estilos de vida até informações gerais sobre a experiência do indivíduo, tais como gênero, idade, educação e renda, bem como as características de uma empresa, como lucro e número de funcionários (HAIR, 2005). Adotando os surveys os pesquisadores coletam informações sobre ações, conhecimentos, intenções, opiniões e atitudes das pessoas por meio do auto-relato, ou seja, os participantes do estudo respondem a uma série de perguntas. (POLIT; BECK, 2011, p.327).

### 4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi constituída pelos membros da equipe de enfermagem que incluiu enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem das UTIs do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes e Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da UFSC, totalizando 71 e 74 profissionais respectivamente por UTI.

A amostra é de característica não probabilística por conveniência. Foi constituída por 103 profissionais, sendo 50 (09 enfermeiros, 37 técnicos e 04 auxiliares de enfermagem) pertencentes a UTI do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes e 53 (13 enfermeiros, 37 técnicos e 03 auxiliares de enfermagem) a UTI do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da UFSC.

### 4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Como critério de inclusão dos sujeitos da amostra, foi considerado o tempo de atuação dos profissionais de no mínimo seis

meses nas UTIs onde o estudo foi realizado. Seguindo este critério foram excluídos 18 profissionais da UTI do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes, pois estes tinham sido transferidos para esta UTI há menos de seis meses, provenientes da UTI de outra instituição que estava fechada por motivo de reforma. Também foram excluídos 18 profissionais da amostra do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da UFSC, pois estes tinham sido admitidos na UTI há menos de seis meses para abertura de leitos.

Foram excluídos os profissionais que estavam afastados do trabalho no período de coleta de dados por motivos de licença de gestação (01 no Hospital Regional), atestado de saúde (01 no Hospital Regional e 03 no Hospital Universitário) e os que se negaram a participar da pesquisa (01 no Hospital Regional).

#### 4.4 LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO

O estudo foi realizado na UTI do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes e na UTI do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da UFSC.

O Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes está localizado na Rua Adolfo Donato da Silva s/n, bairro Praia Comprida, em São José/SC. O referido hospital está vinculado à Secretaria do Estado de Saúde de Santa Catarina, onde recebe dotações orçamentárias do Poder Executivo estadual e do Sistema Único de Saúde – SUS. Sua UTI funciona no segundo piso do hospital, próxima ao Centro Cirúrgico, Obstétrico e de Materiais e Esterilização. Foi reformada e reinaugurada em 20 de junho de 2007. A estrutura física comporta 18 leitos, sendo dois leitos de isolamento. Na época da pesquisa estavam ativados 14 leitos.

O Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago está situado na Rua Professora Maria Flora Pausewang, s/nº no bairro Trindade em Florianópolis/SC. Inaugurado em 1980, foi concebido na perspectiva do trinômio ensino, pesquisa e extensão e atende a comunidade local, do estado de Santa Catarina, turistas e visitantes de Florianópolis. É um hospital público, vinculado ao Ministério da Educação e Cultura. Conta com uma UTI, localizada no quarto andar do hospital, próxima às unidades de tratamento dialítico, centro cirúrgico e de internação cirúrgica. Mudou para uma área física ampla e reestruturada em fevereiro de 2008 com capacidade para atender 20

leitos. No período da pesquisa estavam ativados 10 leitos com perspectiva para seu pleno funcionamento com a chegada de mais profissionais e equipamentos.

#### 4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada com a utilização do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) (Anexo A), que foi traduzido para a língua portuguesa (Apêndice A). Optou-se pela escolha deste instrumento por tratar-se de um questionário com perguntas que abrangem várias áreas da cultura de segurança do paciente, proporcionando um detalhamento que auxilia a identificação de áreas específicas com aspectos positivos e áreas que necessitam de melhorias, mostrando-se adequado para responder a pergunta de pesquisa deste estudo. Além disto, também foi considerada a possibilidade de ser utilizado sem restrições, bem como a sua disponibilidade ao público no site da AHRQ (AHRQ, 2011b), onde podem ser acessadas instruções para utilização do instrumento por meio de um guia para o usuário e um amplo banco de dados relacionados a avaliações de várias instituições norte-americanas.

Este instrumento foi desenvolvido para avaliar as opiniões dos profissionais sobre as questões de segurança do paciente, erros e relato de eventos. Possui 42 itens distribuídos em diferentes seções que medem 12 áreas ou dimensões de cultura de segurança do paciente que são: trabalho em equipe dentro das unidades; expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor / gerente; apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente; aprendizado organizacional, melhoria contínua; percepção geral de segurança do paciente; *feedback* e comunicação a respeito de erros; abertura para comunicações; frequência de eventos relatados; trabalho em equipe entre as unidades de hospital; pessoal; transferências internas e passagens de plantão; respostas não punitiva aos erros. Além disso, o instrumento possui uma questão de avaliação global da segurança na unidade e outra de indicação do número de eventos que foram relatados nos últimos 12 meses. Também fazem parte do instrumento, dados sócio-demográficos dos entrevistados tais como área de trabalho; tempo de trabalho no hospital, tempo de trabalho na unidade; horas de trabalho/semana; função no hospital; relação direta com paciente; tempo de trabalho na profissão (SORRA; NIEVA, 2004).

O Anexo B apresenta a distribuição das perguntas do questionário de acordo com as dimensões da cultura de segurança. As 12 dimensões da cultura de segurança do paciente são avaliadas por perguntas distribuídas ao longo do questionário de forma não sequencial. As letras do alfabeto de A a F representam as seções do questionário assim definidas: A- a unidade onde você trabalha; B – sua chefia ; C – comunicações; D – frequência de eventos comunicados a sua chefia imediata; F – seu hospital. A numeração que segue a letra do alfabeto representa a pergunta referente a cada seção do questionário e, portanto uma variável a ser avaliada. A letra R, presente em algumas das perguntas significa que o item foi construído de forma negativa ou reversa, onde uma resposta positiva baseia-se nas respostas “discordo totalmente” ou “discordo”, em “nunca” ou “raramente”. As demais sessões do questionário representam as duas variáveis de resultados, ou seja, seção E – grau de segurança do paciente e seção G – número de eventos comunicados; as variáveis sócio-demográficas ou informações básicas presentes na seção H e seus comentários na seção I.

A seção A do questionário é composta por 18 afirmações sobre a unidade de trabalho do entrevistado, solicitando-se que manifeste sua concordância para cada uma das afirmações em uma escala Likert de 5 pontos, onde 1= Discordo totalmente, 2 = Discordo, 3 = não concordo nem discordo, 4 = concordo, 5 = concordo totalmente. Na seção B, há quatro afirmativas relativas ao supervisor ou chefia imediata dos entrevistados, onde é solicitado que explicita sua concordância ou discordância para cada uma das afirmações em uma escala Likert de 5 pontos (1 = Discordo totalmente até 5 = concordo totalmente). Na seção C o respondente deve considerar os aspectos de comunicação e indicar quantas vezes cada uma das seis afirmativas ocorreram dentro de sua unidade em uma escala Likert de 5 pontos, 1 = nunca, 2 = Raramente, 3 = Às vezes, 4 = A maioria das vezes, ou 5 = Sempre. Na seção D constam cinco afirmativas relacionadas à frequência de comunicação de eventos quando estes ocorrem, onde os respondentes indicam suas respostas em uma escala Likert de 5 pontos (1 = nunca até 5 = sempre). Na seção E, são abordados aspectos relacionados ao grau de segurança do paciente como percebido pelos profissionais com categorias de resposta de A para E, onde A = Excelente, B = Muito Boa, C = Aceitável, D = Fraca, E = Muito fraca. Na seção F são apresentadas 11 afirmativas sobre a organização hospitalar como um todo, solicitando-se manifestação do entrevistado conforme a escala Likert de 5 pontos, onde 1= Discordo totalmente, 2 = Discordo, 3 = não concordo nem discordo, 4 = concordo, 5 = concordo totalmente. Na seção G, questiona-se o

número aproximado de eventos adversos comunicados à chefia imediata nos últimos 12 meses, devendo ser assinalado uma das seguintes categorias apresentadas: nenhum evento, 1 a 2; 3 a 5; 6 a 10; 11 a 20 e 21 ou mais eventos. Na seção H, questionam-se os dados sócio-demográficos categoria profissional, tempo de trabalho no hospital, na UTI e na profissão, bem como, o número de horas semanais de trabalho no hospital, a serem respondidos conforme as categorias apresentadas.

Ao final do instrumento (Seção I), há duas questões qualitativas a serem respondidas de forma descritiva. A primeira questão solicita que seja apresentado qualquer comentário sobre segurança do paciente, erro ou comunicação de eventos adversos no hospital (SORRA; NIEVA, 2004). Já na segunda questão, que não faz parte do questionário original da AHRQ pois foi acrescentada pela pesquisadora, é solicitado ao respondente que cite três recomendações para melhorar a segurança do paciente em sua unidade.

No questionário, sete dimensões da cultura de segurança estão relacionadas diretamente à unidade na qual o instrumento é aplicado, três estão relacionadas à instituição hospitalar na qual a unidade está inserida, e duas dimensões são variáveis de resultado. Cada uma destas dimensões é avaliada por três a quatro itens. Acrescenta-se também às variáveis de resultado, duas questões que visam a avaliação global da segurança na unidade e a de número de relato de eventos (SORRA; NIEVA, 2004).

Foi realizado contato com a AHRQ via e-mail, solicitando permissão para a utilização do instrumento, bem como sua disponibilização em língua portuguesa, pois constava no *website* da AHRQ que o mesmo já tinha sido traduzido para a língua portuguesa. Segundo resposta (ANEXO C), a utilização é livre e gratuita sendo fornecidos nomes e endereços de dois pesquisadores em Portugal e um no Brasil que haviam traduzido o instrumento. Para dirimir possíveis equívocos e aumentar a confiabilidade da tradução foi realizada prévia tradução do instrumento que posteriormente foi comparado com a tradução feita por Clinco (2007), pesquisadora que utilizou o instrumento no Brasil.

Além da tradução do questionário para a língua portuguesa, algumas modificações foram realizadas visando adequá-lo ao contexto onde foi aplicado. A possibilidade de se fazer estas modificações está explicitada no guia do usuário que é um instrumento elaborado pelos autores do HSOPSC para nortear a sua utilização; contendo inclusive, recomendações de itens que podem ser modificados (SORRA; NIEVA, 2004).

O questionamento da seção A do questionário original em relação

a área primária ou unidade principal de trabalho no hospital foi excluído, pois o estudo foi realizado exclusivamente na UTI. Quando há referência a área ou unidade, optou-se por usar somente o termo unidade. Na seção G (número de eventos relatados), como ainda não há um sistema de notificação de erros e eventos adversos estruturado nas instituições do estudo, o texto da pergunta de “quantos relatórios de eventos você preencheu e apresentou” foi modificado para “quantos eventos adversos você comunicou”. O quantitativo de horas trabalhadas por semana também foi modificado. Na questão sobre a função que o profissional ocupa no hospital, manteve-se somente enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, as demais foram excluídas. Como a interação direta ou contato com pacientes é inerente a estas funções, a pergunta número 5 da seção H foi excluída. A seção I foi modificada, sendo acrescentada uma questão solicitando-se três recomendações para melhorar a segurança do paciente na unidade.

De modo a realizar eventuais ajustes no instrumento, foi realizado um pré-teste com cinco profissionais de enfermagem da UTI do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes, sendo 1 enfermeiro e quatro técnicos de enfermagem. Neste processo, foi solicitado que respondessem o questionário e a alguns questionamentos (APÊNDICE B) com relação a sua aplicação, redação e conteúdo das perguntas. O objetivo principal deste pré-teste foi verificar se as perguntas estavam claras e compreensíveis, permitindo a correção de eventuais falhas na tradução do instrumento.

Os resultados desse pré-teste não evidenciaram problemas em relação ao entendimento das instruções para o preenchimento do questionário nem em relação ao local, pois não houve sugestões. Contudo, foram indicadas dificuldades e sugestões quanto a redação e conteúdo de algumas perguntas, o que levou a serem efetuadas poucas alterações tais como: troca do termo “quadro de pessoal” por “equipe” (seção A/questão 5); troca da palavra “desejável” pela expressão “o ideal” (seção A/questão 7); inversão de frase (seção A/questão 10); e grifo de expressão “chefia imediata” (seção D e G).

#### 4.6 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS

As variáveis deste estudo foram classificadas em variáveis sócio-demográficas, variáveis de dimensão da cultura de segurança na unidade, variáveis de dimensão da cultura de segurança no âmbito da



organização hospitalar e variáveis de resultado. Cada dimensão da cultura de segurança do paciente constitui uma variável e foi avaliada por meio das perguntas do questionário especificadas entre parênteses (figura 5).

Neste estudo, as variáveis são classificadas em qualitativas ordinais, pois são expressas em categorias e não números e porque apresentam uma ordenação entre as categorias.

São consideradas **variáveis sócio-demográficas**:

- **Tempo de trabalho no hospital**: tempo em anos que o profissional trabalha na instituição.
- **Tempo de trabalho na unidade**: tempo em anos que o profissional trabalha na UTI.
- **Horas de trabalho/semana**: Número de horas de trabalho semanais exercidas pelo profissional no hospital.
- **Função no hospital**: categoria do profissional de enfermagem (enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem)
- **Tempo de trabalho na profissão**: tempo em anos que o profissional exerce a profissão.

São consideradas **variáveis da cultura de segurança na unidade**:

- **Trabalho em equipe dentro da unidade**: Funcionários se apoiam uns aos outros, tratam-se uns aos outros com respeito, e trabalham juntos como uma equipe (SORRA; NIEVA, 2004).
- **Expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor / gerente**: Supervisores / gestores consideraram as sugestões do pessoal para melhorar a segurança do paciente, elogiam os procedimentos da equipe e não ignoraram os problemas de segurança do paciente (SORRA; NIEVA, 2004).
- **Aprendizado organizacional, melhoria contínua**: há uma cultura de aprendizagem em que os erros levam a mudanças positivas e as mudanças são avaliadas para a eficácia (SORRA; NIEVA, 2004).
- **Feedback e Comunicação a respeito de erros**: funcionários são informados sobre os erros que acontecem, sobre as mudanças implementadas e discussão de formas para se evitar erros (SORRA; NIEVA, 2004).

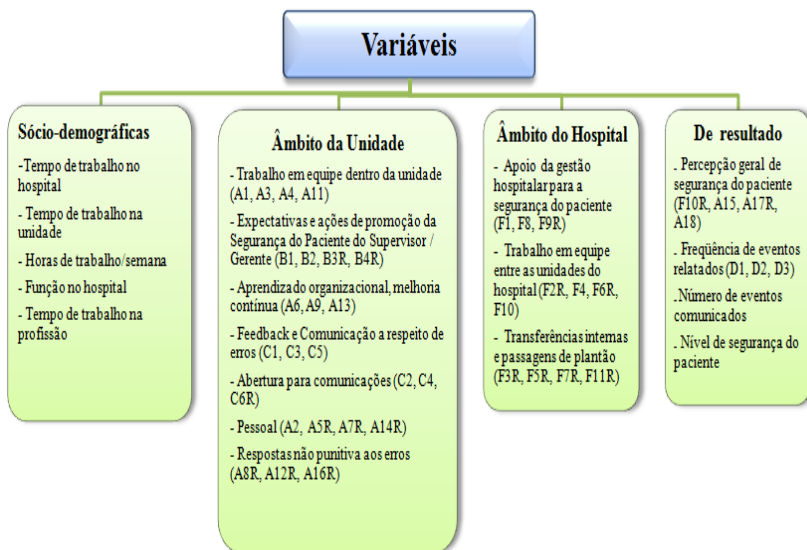
- **Abertura para comunicações:** funcionários falam livremente ao verem coisas que podem afetar negativamente o paciente (SORRA; NIEVA, 2004).
- **Pessoal:** há pessoal suficiente para lidar com a carga de trabalho e as horas de trabalho são adequadas para proporcionar o melhor atendimento aos pacientes (SORRA; NIEVA, 2004).
- **Respostas não punitiva aos erros:** funcionários sentem que os seus erros e os relatórios de eventos não são utilizados contra eles, e que os erros não são mantidos em seu arquivo pessoal (SORRA; NIEVA, 2004) .

São consideradas **variáveis da cultura de segurança na organização hospitalar:**

- **Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente:** hospital oferece um clima de trabalho que promove a segurança do paciente e mostra que a segurança do paciente é uma prioridade (SORRA; NIEVA, 2004).
- **Trabalho em equipe entre as unidades do hospital:** unidades hospitalares cooperam-se e coordenam-se entre si para oferecer o melhor atendimento aos pacientes (SORRA; NIEVA, 2004).
- **Transferências internas e passagens de plantão:** informações importantes sobre atendimento ao paciente quando ele é transferido entre unidades hospitalares ou aos plantões (SORRA; NIEVA, 2004).

São consideradas **variáveis de resultado:**

- **Percepção geral de segurança do paciente:** os procedimentos e os sistemas são adequados para evitar erros e não há problemas de segurança do paciente (SORRA; NIEVA, 2004).
- **Frequência de eventos relatados:** são relatados erros detectados e corrigidos antes de afetar o paciente; erros sem potencial de prejudicar o paciente e erros que possam prejudicar o paciente (SORRA; NIEVA, 2004).
- **Número de eventos comunicados:** número de eventos que o profissional informou ao seu gerente/supervisor.
- **Grau de segurança do paciente:** percepção do profissional sobre o grau de segurança do paciente na unidade.



**Figura 5** - Classificação das variáveis do estudo

## 4.7 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu de abril a junho de 2011. Previamente foi realizado contato com as chefias de enfermagem das UTIs para informá-las sobre os procedimentos colaborativos do estudo e seus objetivos. Também se procedeu a divulgação em reunião de enfermeiros de ambas as UTIs.

Antes de iniciar a pesquisa houve preocupação com a taxa de resposta. Foi adotado como meta uma taxa de resposta geral de 50% ou mais conforme recomendado pela AHRQ. Para aumentar a possibilidade de alcançar esta taxa de resposta, foram utilizadas algumas estratégias como:

- **Distribuição de cartazes:** cartazes informando sobre a realização da pesquisa, diferenciados por imagens temáticas diversas, conforme APÊNDICE C, foram afixados nas UTIs aproximadamente quinze dias antes do início da coleta de dados, em locais estratégicos da unidade como murais, sala

de lanche, local de passagem de plantão, vestiários e rouparia.

- **Carta convite:** foi entregue pessoalmente pela mestrandia aos profissionais informando-os sobre a pesquisa e solicitando sua participação. (Apêndice D).

Os profissionais de enfermagem foram abordados pela mestrandia nas passagens de plantão e individualmente em seus turnos de trabalho, fornecendo-lhes informações sobre a pesquisa e garantia de anonimato em relação às respostas.

O profissional, ao manifestar interesse em participar da pesquisa, recebeu em mãos e fornecido pela mestrandia duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice E), um envelope pardo contendo o questionário separado em duas partes e um envelope branco. Na parte externa do envelope pardo constavam informações para o preenchimento do questionário (Apêndice F). Após receber instruções gerais da mestrandia sobre o estudo e o preenchimento questionário, foi solicitado que o profissional ficasse em local reservado para respondê-lo. Priorizou-se que fosse respondido no momento da entrega com a presença da mestrandia na unidade, o que ocorreu na maioria das vezes. Porém, em algumas situações isto não foi possível em virtude da ocupação do profissional em atividades assistenciais. Nestes casos, foi-lhe facultado a possibilidade de responder em outro horário que considerasse conveniente. Após o preenchimento, o questionário foi depositado pelo respondente em urna disponibilizada pela mestrandia, de madeira e lacrada com cadeado, que permaneceu na unidade até o término da pesquisa.

No envelope fornecido constava o questionário e uma folha avulsa com a última pergunta do mesmo solicitando três recomendações para melhorar a segurança do paciente na unidade. Tal medida visou garantir o anonimato, pois a caligrafia poderia identificar o profissional que respondeu o questionário e com isto causar constrangimento ao mesmo, considerando que a mestrandia atuava profissionalmente nas UTIs do estudo. Nesse caso, a resposta a esta pergunta foi colocada no envelope branco e a outra parte do questionário no envelope pardo, para após serem depositados separadamente na mesma urna.

Ainda visando garantir o anonimato, nos envelopes (pardo e branco), nas folhas tanto da primeira parte do questionário como da segunda parte com as questões qualitativas, não havia qualquer tipo de identificador.

Visando estimular à participação dos profissionais na pesquisa, a

mestranda permaneceu na unidade em períodos diferenciados para abordagem dos profissionais e otimização da pesquisa. Semanalmente, os questionários respondidos foram coletados da urna para controle do quantitativo de respostas em relação aos TCLEs assinados.

O término da pesquisa foi divulgado por meio de um cartaz de agradecimento afixado em mural de cada uma das UTIs (Apêndice G).

#### 4.8 ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

Os questionários foram identificados no momento da abertura dos envelopes, e receberam uma numeração sequencial, distinta para as respostas da primeira parte do questionário (envelopes pardos) e para as respostas da última pergunta (envelopes brancos).

Antes da inserção das respostas do questionário na base de dados, cada questionário foi avaliado por completo. Um questionário completo é aquele em que cada item ou pelo menos a maioria tenham sido respondidos. A AHRQ recomenda incluir apenas os questionários em que os respondentes completaram pelo menos uma seção inteira do questionário. Se não houve respostas, a maioria dos itens em pelo menos uma seção do questionário apresentará problemas quanto ao cálculo da pontuação da cultura de segurança pela falta de dados relevantes. Sendo assim, a AHRQ sugere excluir os questionários em que o profissional respondeu menos de uma seção inteira do questionário, ou menos da metade dos itens ao longo de todo o questionário em seções diferentes. Também indica que sejam excluídos aqueles questionários onde a resposta em todos os itens seja a mesma, pois se isto ocorreu foi devido ao respondente não ter dado a atenção exigida no preenchimento do instrumento (SORRA; NIEVA, 2004).

Em relação a organização, os dados da primeira parte do questionário (seção A a H), foram inseridos em uma planilha no software Excel® que constituiu o arquivo original dos resultados. Na estrutura desta base de dados, as variáveis ocuparam as colunas, e os dados de cada respondente ocuparam as linhas. Na primeira linha seguidas do número de identificação do respondente, as variáveis foram dispostas sequencialmente de acordo com a dimensão da cultura de segurança pertencente, conforme Anexo B. Foram identificadas pela letra da seção do questionário e seu número na respectiva seção (ex. A1, A3, B1) e em caso de questão reversa ou negativa seguida da letra R (ex.

A12R, B4R). Ao final das 12 dimensões da cultura de segurança do paciente, foram colocadas as variáveis de resultado (grau de segurança; número de eventos relatados), seguidas das variáveis sócio-demográficas (tempo de trabalho no hospital; tempo de trabalho na unidade; horas de trabalho por semana; categoria profissional; tempo de trabalho na profissão e UTI do respondente). Nas demais linhas foram registradas as respostas de cada respondente, sendo que da linha 2 a 52 constaram as respostas de uma UTI e da linha 53 a 98 da outra.

Os dados referentes a última pergunta, onde são solicitadas três recomendações para melhorar a segurança do paciente na unidade, foram inseridos em um quadro de forma sequencial de acordo com a identificação de cada respondente sendo categorizados conforme a dimensão da cultura de segurança a qual se relaciona.

#### 4.9 ANÁLISE DOS DADOS

A análise estatística de dados ocorre num movimento de descrição e inferência. Na descrição, busca-se demonstrar as informações estatísticas primárias relativas à amostra e na inferência a generalização das informações amostrais para a população pesquisada (NASSAR et al., 2010).

Os resultados obtidos e registrados nos questionários foram inseridos em planilha do software Excel 2007® e transportados para o programa estatístico SPSS® (*Statistical Package for Social Sciences*) for Windows versão 14.0.

Para a análise sócio-demográfica dos profissionais foram utilizadas estatísticas descritivas como média e frequência. A análise de frequência foi realizada para cada uma das variáveis da pesquisa. No questionário busca-se respostas dos profissionais em uma escala Likert de 5 pontos. Com base na AHRQ, para a análise de frequência foi utilizada uma escala Likert de 3 pontos, combinando as duas categorias negativas de respostas (discordo fortemente/discordo e raramente/nunca) e as duas categorias positivas de respostas (concordo fortemente/concordo e na maioria das vezes/sempre), sendo a pontuação média da escala (não concordo nem discordo) uma categoria a parte. As perguntas do questionário (variáveis) foram agrupadas de acordo com a dimensão da cultura de segurança que cada uma deseja medir.

A AHRQ (2010a) apresenta algumas definições para subsidiar o tratamento e análise dos dados que são apresentadas a seguir:

- **Áreas de força** são os itens onde acima de 75% dos participantes do estudo responderam concordo fortemente/concordo ou maior parte do tempo/sempe para os itens redigidos positivamente (ou de forma positiva) e discordo fortemente/discordo ou nunca/raramente para os itens redigidos negativamente (ou de forma negativa). O ponto de corte de 75% é arbitrário, e o hospital pode optar por destacar pontos fortes usando uma porcentagem de corte maior ou menor.
- **Áreas de melhoria:** caracterizam-se pelas perguntas em que 50% ou menos dos respondentes não responderam positivamente (usando “discordo fortemente” / “discordo” ou “nunca”/ “raramente”) para questões afirmativas, ou usando concordo fortemente/concordo / sempre na maioria das vezes para questões de escore reverso.
- **Áreas neutras:** são as áreas onde a frequência de respostas positivas é inferior a 75%.
- **Positivo/neutro/negativo:** positivo é a porcentagem de respostas que foram classificadas como 4 ou 5 (concordo /concordo fortemente ou na maioria das vezes/sempe) para as afirmações redigidas de forma positiva ou 1 ou 2 (discordo / discordo totalmente) para as afirmações redigidas de forma reversa. Neutro ou não concordo nem discordo, é o percentual de respostas que foram classificadas como 3 (não concordo nem discordo) para qualquer pergunta. Negativo é o percentual de respostas que foram classificadas com 1 ou 2 (discordo fortemente/discordo) para perguntas formuladas positivamente ou em 4 ou 5 (Concordo /concordo fortemente ou na maioria das vezes/sempe) para perguntas redigidas de forma reversa.
- **Frequentemente/às vezes/raramente ou nunca:** frequentemente é a porcentagem de respostas que foram classificadas como 4 ou 5 (na maioria das vezes/sempe) para questões redigidas positivamente ou 1 ou 2 (raramente/nunca) para questões formuladas reversamente. Às vezes é a porcentagem de respostas classificadas de 3 (às vezes) por uma questão de frequência. Raramente ou nunca é a porcentagem de respostas que foram classificadas em 1 ou 2 (raramente/nunca) para perguntas formuladas positivamente ou 4 ou 5 (na maioria das vezes/sempe) para questões reversamente formuladas.

Para os cálculos estatísticos a AHRQ (2010a) fornece instruções que são apresentadas a seguir:

- **Taxas de respostas:** as taxas de respostas são calculadas utilizando-se a seguinte fórmula:

$$\text{Taxas de respostas} = \frac{\text{número de questionários que retornaram completos}}{\text{número de questionários distribuídos (-) inelégíveis}}$$

- **Numerador** – é o número de questionários que retornaram concluídos. Nesse caso devem-se excluir pesquisas que foram devolvidas em branco em todos os itens não demográficos da pesquisa, mas incluem questionários que pelo menos um item não demográfico da pesquisa foi respondido.
- **Denominador** – representa o número total de questionários distribuídos menos os inelégíveis. Inelégíveis incluem os indivíduos falecidos ou que não estavam no hospital durante o período de coleta de dados por motivos explicitados nos critérios de exclusão deste estudo. Este critério também se aplica aos indivíduos que não completaram seis meses de trabalho na equipe, pois estes foram excluídos da pesquisa.
- **Cálculo dos valores percentuais positivos por variável:** no questionário há questões redigidas positivamente (Ex.: “as pessoas se apoiam mutuamente nessa unidade”) e perguntas redigidas negativamente (Ex.: “nós temos problemas de segurança do paciente nesta unidade”). O cálculo da porcentagem de resposta positiva de uma pergunta é diferente para as perguntas redigidas positivamente e negativamente.
- **Perguntas redigidas positivamente:** para perguntas redigidas de forma positiva, a porcentagem de resposta positiva consiste na porcentagem de profissionais que responderam “concordo” ou “concordo fortemente” ou “na maioria das vezes” ou “sempre”, em função da categoria de respostas utilizadas para a pergunta. Por exemplo, para a pergunta “as pessoas se apoiam mutuamente nessa unidade”, se 50% dos profissionais responderam “concordo fortemente” e 25% “concordo” a porcentagem de resposta positiva a esta pergunta seria de  $50\% + 25\% = 75\%$ .
- **Perguntas redigidas negativamente:** a porcentagem de resposta positiva no caso de perguntas redigidas negativamente é obtida da porcentagem dos entrevistados que responderam “discordo fortemente” ou “discordo” ou “raramente” ou “nunca”, isto porque, uma resposta negativa a



uma pergunta formulada negativamente indica uma resposta positiva. Por exemplo, para a pergunta “nós temos problemas de segurança do paciente nesta unidade”, se 60% dos profissionais responderem que discordam totalmente e 20% que discordam, a porcentagem de resposta positiva seria de 80% positivo, ou seja, 80% dos entrevistados não acreditam que têm problemas de segurança do paciente na unidade.

- **Cálculo dos valores percentuais positivos por dimensão da cultura de segurança:** Cada uma das 12 dimensões da cultura de segurança do paciente inclui 3 ou 4 perguntas do instrumento de coleta de dados. O percentual positivo de determinada dimensão da cultura de segurança do paciente é obtido pela média da porcentagem das respostas positivas de cada pergunta. Por exemplo, para uma dimensão que possui 3 perguntas, se o percentual de respostas positivas às perguntas for de 50%, 55% e 60%, a porcentagem de respostas positivas para esta dimensão seria a média desses três percentuais, ou seja, 55% positivo.

Os percentuais de avaliação da cultura de segurança foram calculados para cada uma das UTIs e de maneira global. O teste Z para duas proporções foi usado para testar a existência de diferenças significativas entre as porcentagens de respostas positivas das dimensões da cultura de segurança entre as duas UTIs. Coeficiente de correlação de Pearson (r) foi utilizado para verificar a existência de correlação entre as dimensões de segurança. Foi adotado o seguinte critério de classificação dos coeficientes de correlação:  $<0,3$  (fraca correlação),  $>0,3$  a  $<0,5$  (moderada correlação) e  $>0,5$  (forte correlação).

As respostas referentes à última pergunta do questionário que solicita aos profissionais três recomendações para melhorar a segurança do paciente na unidade, foram agrupadas de acordo com as dimensões da cultura de segurança utilizadas neste estudo. Para as categorias apuradas foram realizadas análises descritivas dos dados a partir de apuração de frequências, tanto em termos absolutos quanto em percentuais de cada uma das instituições.

#### 4.10 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo fundamenta-se legalmente na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as Diretrizes e Normas

Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. A resolução assegura os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos participantes da pesquisa e ao estado, garantido também os referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça (BRASIL, 1996). Estes referenciais foram cumpridos na realização desse estudo.

Este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, conforme descrito no certificado nº 1113 de 29 de novembro de 2010 (Anexo D) e do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina com o protocolo nº 59/10 de 25 de outubro de 2010 (Anexo E).

A partir dessa aprovação foi iniciada a coleta dos dados mediante a assinatura do TCLE (Apêndice B) pelos sujeitos. Nesse termo, foram esclarecidos os objetivos, métodos e garantia de anonimato do participante, bem como a ausência de riscos ao sujeito da pesquisa. O TCLE foi assinado em duas vias, uma delas ficou em posse do participante da pesquisa enquanto a outra permanece com a mestranda.

Respeitando o anonimato dos participantes da pesquisa o questionário não possuía qualquer tipo de identificador.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Este capítulo é composto por dois artigos conforme Instrução Normativa 10/PEN/2011 de 15 de junho de 2011 (Anexo F) que dispõe sobre os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Os dois artigos referem-se à análise dos dados obtidos por meio da aplicação do questionário Pesquisa Hospitalar sobre Segurança do Paciente a enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem de duas UTIs Adulto na Grande Florianópolis/SC, Brasil. Estes visam responder aos objetivos específicos do estudo, a saber: (1) identificar e comparar as dimensões da cultura de segurança do paciente entre duas UTIs; (2) sistematizar as recomendações dos profissionais de enfermagem acerca na segurança do paciente em UTI

O primeiro artigo está intitulado “Cultura de segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva: avaliação da equipe de enfermagem” e o segundo intitula-se “Cultura de Segurança do paciente em terapia intensiva: contribuições da enfermagem”.

### **5.1 ARTIGO 1 - CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA AVALIAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

## CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: AVALIAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM<sup>1</sup>

### PATIENT SAFETY CULTURE AT THE INTENSIVE CARE UNIT: NURSING TEAM ASSESSMENT

## CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA: EVALUACIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA

Janeide Freitas de Mello<sup>2</sup>  
Sayonara de Fátima Faria Barbosa<sup>3</sup>

**Resumo:** *Survey* quantitativo, transversal e comparativo com o objetivo de identificar e comparar as dimensões da cultura de segurança do paciente na ótica dos profissionais de enfermagem de duas unidades de terapia intensiva (UTIs) na Grande Florianópolis/SC, Brasil. Resultou da aplicação do Hospital *Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) entre abril a junho de 2011. Foi respondido por 86 profissionais (taxa de resposta de 83,49%). As dimensões com maior avaliação positiva foram trabalho em equipe nas unidades, expectativas e ações para promoção da segurança do supervisor e aprendizado organizacional. As dimensões com escores mais baixos foram apoio da gestão para a segurança, respostas não punitivas aos erros e percepção geral de segurança. Houve diferenças entre as UTIs para as dimensões *feedback* /comunicação de erros e pessoal. Os resultados revelaram uma cultura de segurança com potencial de melhoria para a maioria das dimensões avaliadas.

**Descritores:** Segurança do Paciente, Cultura, Unidades de Terapia Intensiva, Enfermagem

<sup>1</sup> Artigo apresenta resultados parciais da Dissertação de Mestrado intitulada “Cultura de Segurança do Paciente em Unidade de Terapia Intensiva: perspectiva da Enfermagem” apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, Florianópolis (SC), Brasil.

<sup>2</sup> Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PEN/UFSC; Enfermeira do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Estudos em Pesquisa Clínica, Tecnologia e Informática em Saúde e Enfermagem GIATE/PEN/UFSC. Endereço para correspondência: Rua Cassol, 1400, Apto 205, Kobrasol, 88103-340, São José, Santa Catarina. E-mail: janeidef@gmail.com

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC; Vice-Líder do Grupo GIATE/PEN

**Abstract:** Comparative, transversal and quantitative *survey* in order to identify and compare culture dimensions on patient safety, from the viewpoint of nursing professionals at two intensive care units (ICUs) in the great Florianópolis/SC, Brazil. It resulted from the application of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) between April and June, 2011. Eighty six professionals answered it (response rate of 83.49%). Dimensions with greater positive assessment were team work at the units, expectations and actions to promote supervisor's safety and organizational learning. Dimensions with lower scores were management support for safety, non-punitive responses to errors and safety overall perception. There were differences between the ICUs to the following dimensions: feedback/errors communication and personnel. Results showed a safety culture with potential for improvement in most of the evaluated dimensions.

**Key words:** Patient Safety, Culture, Intensive Care Units, Nursing.

**Resumen:** Investigación cuantitativa, transversal y comparativa con el objetivo de identificar y comparar las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente, bajo la óptica de los profesionales de enfermería de dos unidades de terapia intensiva (UTI) de la Gran Florianópolis/SC, Brasil. La misma resultó de la aplicación del *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), entre Abril y Junio del 2011. Fue respondida por 86 profesionales (taza de respuesta del 83,49%). Las dimensiones con más evaluaciones positivas fueron trabajo en equipo en las unidades, expectativas y acciones para la promoción de la seguridad del supervisor y el aprendizaje organizacional. Las dimensiones con menores puntajes sirvieron de apoyo para la gestión de la seguridad, respuestas no punitivas para los errores y percepción general de la seguridad. Hubo diferencias entre las UTIs para las dimensiones *feedback/comunicación* de errores y el personal. Los resultados revelaron una cultura de seguridad con potencial de mejoría para la mayoría de las dimensiones evaluadas.

**Descriptor:** Seguridad del Paciente, Cultura, Unidades de Terapia Intensiva, Enfermería.

## INTRODUÇÃO

Nos últimos anos a sociedade tem acompanhado um grande avanço no desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde. Entretanto, embora a ciência tenha condições de conhecer melhor e propor intervenções mais efetivas para a melhoria do cuidado em saúde;

o desenvolvimento de novas técnicas, procedimentos e processos também têm contribuído para ocorrência de novos riscos no cuidado em saúde (LEAPE, 2009). Atualmente, apesar de se saber mais sobre diagnóstico e tratamento de doenças, ainda existe a possibilidade da ocorrência de erros e por consequência, o comprometimento na segurança do paciente.

A preocupação com a segurança do paciente não é recente. Pode ser percebida desde Hipócrates, o pai da medicina, a quem foi atribuído o conhecido e célebre aforismo que deveria nortear o exercício da medicina: *primum non nocere*, ou seja, em primeiro lugar, não causar dano (DICKENS; SINSABAUGH; WINGER, 2006). Florence Nightingale, marco da enfermagem moderna, sustentava que o primeiro dever de um hospital deveria ser o de não causar mal ao paciente (NIGHTINGALE, 1863). Assim, antes mesmo de se discutir a bioética nos padrões atuais, já existia a explicitação de um de seus princípios: a não-maleficência.

Contudo, a segurança do paciente obteve prioridade nos sistemas de cuidados de saúde somente a partir do relatório *To Err Is Human: Building a Safer Health System* (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000) do *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA). Este relatório causou impacto geral, ao apontar a estimativa de que 44.000 a 98.000 norte-americanos morrem ao ano por eventos adversos relacionados a assistência em saúde. Desde então, esse tema tem dominado a agenda das políticas de saúde, principalmente em países desenvolvidos como EUA, países da Europa e Austrália onde se tem buscado, por meio de estudos e intervenções, o conhecimento e controle da insegurança que paira nas organizações de saúde afetando pacientes e profissionais que carregam o peso da culpa por suas práticas inseguras.

Embora no senso comum se imagine que a ocorrência de erros esteja atrelada única e exclusivamente a competência profissional, atualmente, os estudos mostram que aspectos da cultura organizacional têm um profundo efeito para a segurança do paciente (HOFFMAN, MARKS, 2006). Nesse sentido, têm-se estimulado o desenvolvimento de uma cultura de segurança positiva nas organizações de saúde, considerando-se o efeito do ambiente de trabalho da unidade sobre a prática de enfermagem e resultados (BOYLE, 2004).

Uma cultura de segurança resulta de valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências, e padrões de comportamento que determinam o compromisso, o estilo e a competência da gestão da segurança e saúde da organização (HSC, 1993, p.23). De uma forma

breve e intuitiva, a cultura também pode ser compreendida como “a forma como as coisas são feitas por aqui” (DAVIES; NUTLEY; MANNION, 2000).

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) tem por peculiaridade um cuidado que é intensivo, ou seja, deve ser prestado de forma rápida, envolve muitos procedimentos, produz um grande volume de informações, é realizado por um número grande e variado de profissionais que, em face de gravidade dos pacientes, trabalha sob um forte stress, por lidarem diretamente com situações de vida e morte em que as decisões devem ser tomadas rapidamente. Assim, por ser um cenário assistencial de alto risco, torna o paciente mais vulnerável a ocorrência de um evento adverso (ROTHSCHILD et al., 2005).

Para o desenvolvimento de um cuidado de enfermagem seguro nos ambientes de cuidado intensivo, sempre esteve implícita a necessidade de formação profissional e aperfeiçoamento que atendessem suas demandas; baseada primordialmente no desenvolvimento de habilidades técnicas. No entanto, ao contrário do que se poderia pensar, o principal pilar da segurança do paciente não é a capacitação do profissional ou a qualidade da infra-estrutura da instituição, mas a cultura da organização onde este profissional atua (VINCENT, 2009).

Diante disso, organizações em vários países nos últimos anos, estão voltadas para a investigação da cultura de segurança utilizando instrumentos criados especificamente para isso (NIEVA; SORRA, 2003). Estes instrumentos são questionários, frequentemente compostos de uma série de questões temáticas com as quais os profissionais avaliam vários aspectos considerados relevantes para uma cultura de segurança (GULDENMUND, 2000) tais como trabalho em equipe, abertura para comunicação, apoio da gestão para a segurança, questões de pessoal dentre outros. Além disso, torna possível o diagnóstico situacional da organização em seus diferentes níveis, com a identificação de fortalezas e fragilidades que configuram a forma como os profissionais pensam, comportam-se e abordam seu trabalho e a aplicação de medidas de melhoria baseadas nos problemas identificados (DOLCI et al., 2010).

Sendo assim, ao considerar a importância de avaliar a cultura de segurança do paciente, especialmente em UTIs, e a necessidade de ampliar esta prática no contexto brasileiro, este estudo consiste na aplicação do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), um instrumento de avaliação da cultura de segurança criado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) dos EUA (NIEVA; SORRA, 2003).

Sendo assim, este estudo tem por objetivo identificar e comparar as dimensões da cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais de enfermagem de duas UTIs adulto na Grande Florianópolis/SC, Brasil,

## MÉTODO

Estudo quantitativo, tipo *survey*, transversal e comparativo. Foi realizado com 103 profissionais de enfermagem (22 enfermeiros, 74 técnicos e 07 auxiliares de enfermagem) de duas UTIs adulto de dois hospitais públicos na Grande Florianópolis/SC, Brasil, no período de abril a junho de 2011, após aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos de ambas as instituições mediante protocolos nº 59/10 de 25/10/2010 e nº1113 de 29/11/2010. Adotou-se a amostragem de conveniência e como critério de inclusão, foi considerado o tempo de atuação dos profissionais de no mínimo seis meses nas UTIs onde o estudo foi realizado.

A coleta de dados consistiu na aplicação da versão traduzida para a língua portuguesa do instrumento HSOPSC. Trata-se de um instrumento que desde 2004 está disponível para domínio público sendo apontado por suas propriedades psicométricas favoráveis e por ser um dos melhores para avaliação da cultura de segurança do paciente no hospital (VINCENT, 2009, p. 215).. Embora a utilização do instrumento seja livre e gratuita, foi feito contato com a instituição por e-mail solicitando autorização para tradução. Para dirimir possíveis equívocos e aumentar a confiabilidade na aplicação do instrumento, este foi previamente traduzido e posteriormente comparado com a tradução feita por Clinco (2007), que utilizou o instrumento no Brasil. Também foi realizado um pré-teste do questionário com cinco profissionais de enfermagem que implicou em poucas modificações na redação e conteúdo de alguns itens.

O HSOPSC contém 42 questões relacionadas à segurança do paciente que são agrupadas em 12 dimensões: trabalho em equipe dentro das unidades; expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor / gerente; aprendizado organizacional, melhoria contínua; *feedback* e comunicação a respeito de erros; abertura para comunicações; pessoal; respostas não punitivas aos erros; apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente; trabalho em equipe entre as unidades do hospital; transferências internas e passagens de plantão; percepção geral de segurança do paciente e frequência de eventos relatados. As sete dimensões iniciais abordam aspectos da cultura de



segurança do paciente no âmbito da unidade, as três seguintes no âmbito hospitalar e as duas últimas são variáveis de resultado que se somam a duas perguntas adicionais que são a percepção geral de segurança do paciente e frequência com que os eventos relatados.

Cada uma das 12 dimensões do HSOPSC inclui 3 ou 4 itens que são avaliados a partir de uma escala de Likert de 5 pontos com categorias de respostas em termos de concordância (5=concordo fortemente, 4=concordo, 3=não concordo nem discordo, 2=discordo, 1=discordo fortemente) ou de frequência (5=sempre, 4=na maioria das vezes, 3=às vezes, 2=raramente, 1=nunca). Nove dimensões da cultura de segurança usam a opção de resposta de concordância e as outras três dimensões usam a opção de frequência. Os itens da pesquisa são formulados em direções positivas e negativas para se obter respostas consistentes.

Os dados sócio-demográficos, apresentados em tabela, foram analisados por meio de estatística descritiva, sendo realizada apuração de frequências, tanto em termos absolutos quanto em percentuais para cada categoria dos profissionais de enfermagem.

Para analisar e interpretar as percepções dos profissionais em relação às dimensões da cultura de segurança do paciente foram utilizadas as orientações propostas pela AHRQ (SORRA, NIEVA, 2004). Estas orientações incluem a combinação das duas categorias mais altas de resposta (concordo fortemente/concordo e na maioria das vezes/sempre), para os itens redigidos positivamente e as duas categorias mais baixas de resposta, (discordo fortemente/ discordo e nunca/raramente) para itens redigidos negativamente ou reversos. Depois disso, a frequência percentual de cada item foi calculada. Valores percentuais mais altos indicam atitudes positivas em relação a cultura de segurança do paciente. Áreas de força para a segurança do paciente são definidas pela AHRQ para os itens ou dimensões em que mais de 75% dos entrevistados responderam com concordo fortemente/concordo e na maioria das vezes/sempre, para os itens redigidos positivamente ou com discordo fortemente/ discordo e nunca/raramente, para itens negativamente redigidos. Áreas com potencial de melhoria são identificadas como os itens ou dimensões com percentuais de resposta positiva abaixo de 50%, enquanto que as áreas neutras são aquelas em que o percentual de respostas positivas foi inferior a 75%.

Os percentuais de avaliação da cultura de segurança foram calculados para cada uma das UTIs e de maneira global, sendo apresentados em gráfico. O teste Z para duas proporções foi usado para

testar a existência de diferenças significativas entre as percentagens de respostas positivas das dimensões da cultura de segurança entre as duas UTIs. Coeficiente de correlação de Pearson ( $r$ ) foi utilizado para verificar a existência de correlação entre as dimensões de segurança. Foi adotado o seguinte critério de classificação dos coeficientes de correlação:  $<0,3$  (fraca correlação),  $>0,3$  a  $<0,5$  (moderada correlação) e  $>0,5$  (forte correlação).

## RESULTADOS

Foram distribuídos 103 questionários sendo que destes retornaram 97. Após exclusão de 11 por estarem incompletos, foram analisados 86, obtendo-se uma taxa de resposta de 83,49%.

Compoem os sujeitos da amostra 60 técnicos (69,8%), 19 enfermeiros (22%) e 07 auxiliares de enfermagem (8,2%). As características dos sujeitos que compoem a amostra são apresentadas na tabela 1. A maioria, ou seja, 70 profissionais (81,4%), trabalha entre 30 a 40 horas por semana. Com relação ao tempo de trabalho no hospital, 63 profissionais (73,2%) trabalham entre 1 a 10 anos, sendo que destes 39 (45,3 %) trabalham de 1 a 5 anos. Quanto ao tempo de trabalho na UTI, 54 (62,8%) profissionais trabalham de 1 a 5 anos e 19 (18,6%) profissionais entre 6 a 10 anos, perfazendo a maioria de 70 (81,3%) profissionais. Grande parte dos profissionais tem entre 6 a 15 anos de profissão, totalizando 53 (61,6%).

**Tabela 1** – Características sócio-demográficas dos profissionais de enfermagem de duas UTIs na Grande Florianópolis/SC, Brasil, 2011

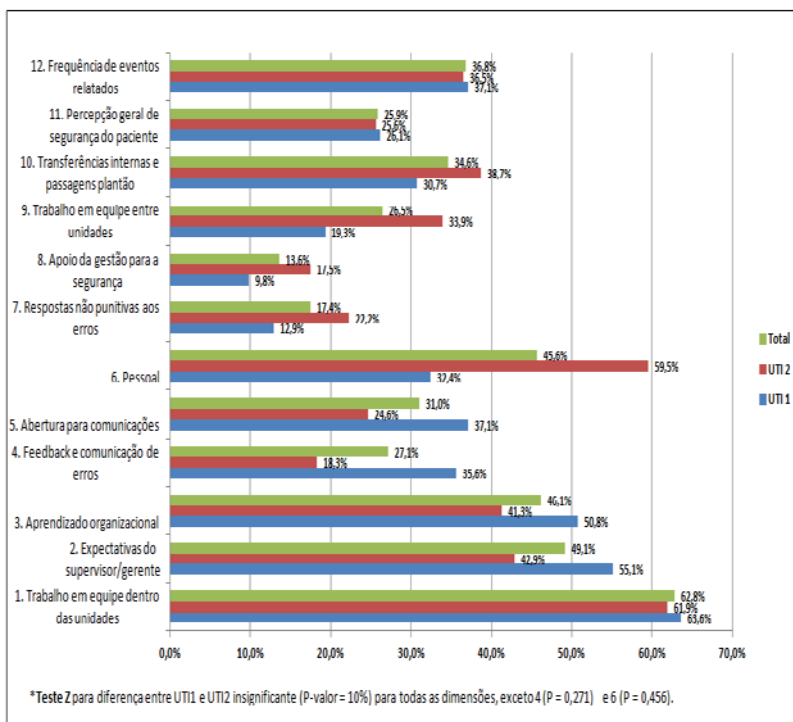
<b>Características</b>	<b>Enfermeiros (n=19)</b>	<b>Técnicos (n=60)</b>	<b>Auxiliares (n=7)</b>	<b>Total</b>
<b>Tempo de trabalho no hospital</b>				
De 0 a 5 anos	7 (36,9)	31(51,6)	1(14,3)	39(45,4)
De 6 a 10 anos	7(36,9)	16(26,6)	1(14,3)	24(27,9)
De 11 a 15 anos	2(10,5)	5(8,3)	0	7(8,1)
De 16 a 20 anos	0	5(8,3)	1(14,3)	6(7)
De 21 anos ou mais	3(15,7)	3(5)	4(57,1)	10(11,6)
<b>Tempo de trabalho na UTI</b>				
De 1 a 5 anos	10(52,6)	42(70)	2(28,6)	54(62,8)
De 6 a 10 anos	6(31,6)	10(16,7)	0	16(18,6)
De 11 a 15 anos	0	4(6,6)	0	4(4,6)
De 16 a 20 anos	1(5,7)	3(5)	2(28,6)	6(7)
De 21 anos ou mais	2(10,5)	1(1,7)	3(42,8)	6(7)
<b>Carga horária semanal</b>				
< 30 h/semana	1(5,3)	4(6,7)	0	5(5,8)
De 30-40 h/semana	17(89,4)	49(81,6)	4(57,1)	70(81,4)
De 40-60 h/semana	1(5,3)	7(11,7)	2(28,6)	10(11,6)
>60 h/semana	0	0	1(14,3)	1(1,2)
<b>Tempo de trabalho na profissão</b>				
De 1 a 5 anos	3(15,8)	9(15)	0	12(13,9)
De 6 a 10 anos	8(42,2)	21(35)	0	29(33,7)
De 11 a 15 anos	4(21)	19(31,7)	1(14,3)	24(27,9)
De 16 a 20 anos	0	6(10)	1(14,3)	7(8,2)
De 21 anos ou mais	4(21)	5(8,3)	5(71,4)	14(16,3)

A figura 1 apresenta a percentagem de avaliações positivas para as dimensões da cultura de segurança do paciente nas duas UTIs e uma média global. Os escores representam o percentual de respostas positivas obtidas para cada dimensão.

O percentual de respostas positivas de cada dimensão variou de 13,6% para a dimensão apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente até 62,8% na dimensão trabalho em equipe dentro das unidades. O cálculo da média de escores positivos das 12 dimensões resultou em um escore de 34,7% no geral, e de 34,2% para a UTI1 e 35,2% para UTI 2 . Considerando-se os percentuais totais de resposta positiva, as dimensões com maiores percentuais de avaliação positiva foram: trabalho em equipe dentro das unidades (62,8%), expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor / gerente

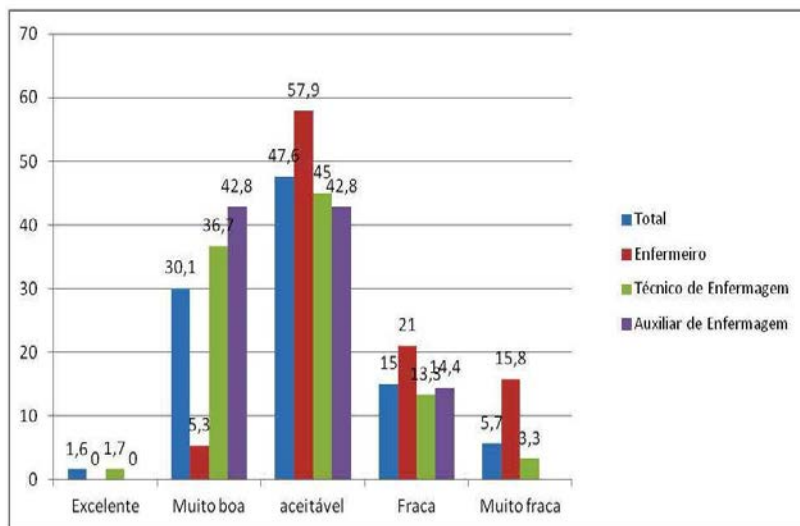
(49,1%) e aprendizado organizacional, melhoria contínua (46,1%). As dimensões com menores percentuais de respostas positivas foram: apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente (13,6%), respostas não punitivas aos erros (17,4%) e percepção geral de segurança do paciente (25,9%). Com base nas orientações definidas pela AHRQ, nenhuma das dimensões avaliadas foi classificada como área de força, mas sim como áreas com potencial para melhoria, e apenas uma dimensão foi considerada área neutra (trabalho em equipe na unidade). Contudo, ao analisar individualmente cada UTI, foram encontradas outras dimensões classificadas como área neutra, tais como expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor / gerente (55,1%) e aprendizado organizacional e melhoria contínua (50,8%) para a UTI1, e pessoal (59,5%) para a UTI2.

A figura 1 também mostra o percentual de respostas positivas por componente da cultura de segurança do paciente por UTI e os resultados do teste Z para duas proporções. Os resultados do teste Z mostram que não houve diferenças significativas nos percentuais de resposta positiva entre as duas UTIs pois P- valor = 10%, exceto para as dimensões 4 e 5. A porcentagem de avaliação positiva da dimensão pessoal foi significativamente maior na UTI 2 do que na UTI. Por outro lado, a porcentagem de avaliação positiva da dimensão feedback e comunicação a respeito de erros foi maior na UTI 1 em relação a UTI 2.



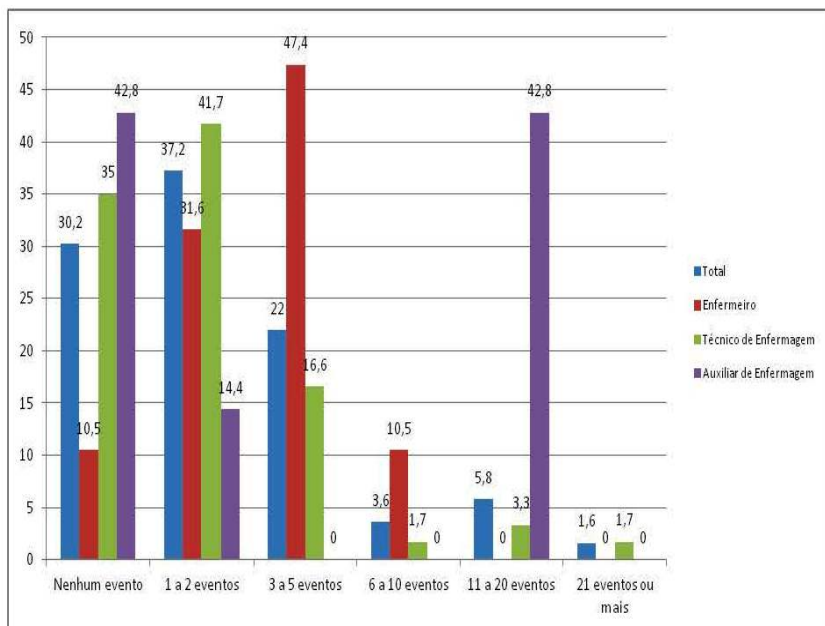
**Figura 1** - Escores percentuais positivos das dimensões da cultura de segurança do paciente de duas UTIs na Grande Florianópolis/SC, Brasil, 2011

A avaliação do grau de segurança do paciente de maneira geral e por categoria profissional é apresentada na figura 2. A maioria dos profissionais (77,7%) classifica a segurança nas suas UTIs como muito boa/aceitável. Importante destacar, que embora a dimensão percepção geral de segurança do paciente tenha recebido baixos percentuais de avaliação positiva (25,9%), predominou uma boa avaliação nas respostas ao grau de segurança. Sob a perspectiva dos profissionais, há uma tendência de técnicos e auxiliares de enfermagem de apresentarem melhores avaliações do que enfermeiros, ou seja, técnicos e auxiliares classificam a segurança como muito boa/aceitável (81,7% e 85,6%) e enfermeiros como aceitável/ fraca (78,9%).



**Figura 2** - Avaliação do grau de segurança do paciente por enfermeiros técnicos e auxiliares de enfermagem de duas UTIs na Grande Florianópolis/SC, Brasil, 2011

A análise das respostas referentes ao número de eventos comunicados a chefia imediata nos últimos 12 meses no geral e por categoria profissional são apresentadas na figura 3. Seus resultados demonstram que poucos eventos são comunicados pois a maioria das respostas foram nenhum (30,2%) e de 1 a 2 eventos (37,2%). Quanto a categoria profissional, os enfermeiros tem uma tendência maior a informar os eventos pois 79% informaram ter comunicado de 1 a 5 eventos, sendo que técnicos, a maioria (76,9%) comunicou no máximo 2 eventos. Porém, destaca-se que 42,8% dos auxiliares informaram de 11 a 20 eventos.



**Figura 3** - Número de eventos comunicados a chefia imediata nos últimos 12 meses por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem de duas UTIs na Grande Florianópolis/SC, Brasil, 2011

A tabela 2 exibe os resultados das correlações entre as dimensões grau de segurança do paciente, número de eventos comunicados nos últimos 12 meses e os itens das dimensões percepção geral de segurança do paciente (A10R, A15, A17R, A18) e frequência de eventos relatados (D1, D2, D3). Esses resultados mostram uma correlação moderada e negativa entre o item “nós temos problemas de segurança do paciente nesta unidade” (A17R) e o grau de segurança do paciente. Isso significa que os profissionais que manifestaram maior concordância com a afirmação de que há problemas de segurança do paciente apresentaram avaliação mais baixa quanto ao grau de segurança (Pearson  $r = -0,513$ ).

Observa-se também uma correlação positiva e moderada a baixa entre o item “nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros” (A18) e o grau de segurança do paciente (Pearson  $r = 0,498$ ), ou seja, percepções positivas em relação aos procedimentos e sistemas implicam em avaliações mais positivas do

grau de segurança do paciente, e vice-versa, percepções negativas implicam e piores avaliações do grau de segurança do paciente.

Outro item que também demonstrou uma correlação positiva e moderada a baixa com a avaliação do grau de segurança foi “quando um erro é cometido, mas é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência é comunicado?” (D1) (Pearson  $r=0,456$ ), o que pode indicar que quando o profissional tende a comunicar mais este tipo de erro, há uma percepção melhor do grau de segurança ou ao contrário, se comunica menos, suas avaliações do grau de segurança são piores.

Correlações moderadas a fortes e positivas foram encontradas entre os itens da dimensão frequência de eventos relatados, assim definidos: “quando um erro é cometido, mas é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência é comunicado?” (D1); “quando um erro é cometido, mas não tem potencial para prejudicar o paciente, com qual frequência é comunicado?” (D2) e “quando ocorre um erro que poderia prejudicar o paciente, mas o paciente não é afetado, com que frequência é comunicado?” (D3). Esse resultado indica que a tendência de relatar os três tipos de erros pelos profissionais é a mesma, ou seja, os profissionais que relatam os erros corrigidos também relatam os outros dois erros (D1 e D2 – Pearson  $r=0,838$ ; D1 e D3 – Pearson  $r=0,651$ ; D2 e D3 – Pearson  $r=0,742$ ).



**Tabela 2** – Correlações entre as dimensões grau de segurança do paciente, número de eventos comunicados nos últimos 12 meses, percepção geral de segurança do paciente e frequência de eventos relatados de duas UTIs na Grande Florianópolis/SC, Brasil, 2011.

	Grau de segurança do paciente	Número de eventos comunicados	A10 R	A15	A17 R	A18	D1	D2	D3
1. Grau de segurança do paciente	1								
2. Número de eventos comunicados	0,023	1							
3. Erros mais graves não acontecem por aqui apenas por acaso (A10R)*	0,29	-0,083	1						
4. A segurança do paciente nunca é sacrificada para que mais trabalho seja feito (A15)*	0,388	-0,086	0,205	1					
5. Nós temos problemas de segurança do paciente nesta unidade (A17R)*	-0,513	0,15	-0,32	-0,541	1				
6. Nossos processos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros (A18)*	0,498	0,026	0,256	0,343	-0,429	1			
7. Quando um erro é cometido, mas é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência é comunicado? (D1)**	0,456	0,087	0,003	0,356	-0,205	0,484	1		
8. Quando um erro é cometido, mas não tem potencial para prejudicar o paciente, com qual frequência é comunicado? (D2)**	0,389	0,106	0,091	0,261	-0,199	0,488	0,838	1	
9. Quando ocorre um erro que poderia prejudicar o paciente, mas o paciente não é afetado, com que frequência é comunicado? (D3)**	0,314	0,122	0,179	0,271	-0,204	0,391	0,651	0,742	1

\*Dimensão "percepção geral de segurança do paciente" (itens A10R, A15, A17R, A18)

\*\*Dimensão "frequência de eventos relatados" (itens D1, D2, D3)

## DISCUSSÃO

Promover a cultura de segurança tem se tornado um dos pilares do movimento da segurança do paciente. Nesse sentido, estratégias de avaliação da cultura de segurança nas organizações de saúde têm sido estimuladas, pois, além de tornarem possível a identificação das áreas com necessidade de melhorias e aumentar a consciência dos conceitos de segurança do paciente; também permitem avaliar a efetividade das intervenções e sua segurança ao longo do tempo e estabelecer metas internas e externas (NIEVA; SORRA, 2003).

Os resultados do presente estudo, realizado em duas UTIs adulto, revelaram uma cultura de segurança frágil, com potencial de melhoria para a maioria das dimensões avaliadas, tendo em vista os baixos percentuais de respostas positivas. Esta constatação pode ser reforçada pela comparação dos resultados deste estudo com outros também realizados em UTI, que apresentaram resultados superiores para a

maioria das dimensões avaliadas pelo instrumento da AHRQ. O percentual geral das respostas positivas para cultura de segurança calculado em 34,83% para este estudo, contrasta com os resultados de *benchmark-UTI* da AHRQ de 61,75% (SORRA et al., 2011) e dos demais estudos de 52,34% (ARMELINNO; QUINN GRIFFIN; FITZPATRICK, 2010) e 43,89% (PANOZZO, 2007) respectivamente. Outro estudo de avaliação da cultura de segurança do paciente que utilizou o instrumento de avaliação da cultura de segurança do paciente da AHRQ foi realizado com gestores de instituições acreditadas no Brasil, este também apresentou taxas de respostas positivas superiores (CLINCO, 2007) ao presente estudo. Entre as UTIs do estudo não houve grande variação entre este percentual geral.

Atualmente, enfatiza-se a necessidade de uma ampla mudança organizacional para que se obtenham melhorias na segurança do paciente. O principal desafio para a segurança do paciente não é apenas clínico ou assistencial, mas também organizacional (RAMANUJAM,; KEYSER; SIRIO; 2005). A construção de uma cultura de segurança envolve o compromisso dos profissionais, articulado nos níveis mais altos da organização e traduzido em valores, crenças e normas de comportamento em todos os níveis; além de recursos, incentivos e benefícios previstos pela organização para que este compromisso possa ocorrer (SINGER et al., 2003).

Foi evidenciado que a maioria dos profissionais percebe que a administração além de não propiciar um clima de trabalho que favoreça a segurança, não demonstra interesse e nem iniciativas que a promovam.. Sob o entendimento que as atitudes dos profissionais são influenciadas pelo seu ambiente de trabalho, cabe aos gestores a promoção de práticas e atitudes favoráveis a segurança do paciente nas instituições de saúde.

Os líderes influenciam diretamente a segurança, ao organizarem comitês e iniciativas relacionadas à segurança do paciente, bem como, ao mostrarem o quanto a valorizam e estão dispostos a conversar sobre os erros e assuntos de segurança de forma construtiva (VINCENT, 2009, p. 221). Atitudes como esta certamente contribuem para minimizar o receio que ainda prevalece entre os profissionais de que seus erros podem ser usados contra eles, o que muitas vezes acontece, fato que foi evidenciado neste estudo pelos baixos percentuais para a dimensão resposta não punitiva ao erro.

Os membros da equipe de saúde são mais propensos a relatar os eventos quando trabalham numa cultura onde não serão punidos a menos que seu comportamento tenha sido imprudente, com intenção de

prejudicar (SORRA et al., 2008). Com esse estudo foi evidenciado uma baixa taxa de relatos de erros entre os profissionais no geral, inclusive de erros que não ocorreram efetivamente, como os “quase erros” ou “*near miss*”, imprescindíveis de serem compartilhados no sentido se antecipar ou mesmo criar estratégias para evitar que em um dado momento ocorram (SORRA et al., 2008). Contudo, ficou evidente nos resultados desse estudo que quando há uma tendência do profissional de informar o erro, este informa desde o erro mais simples e que é corrigido antes de acontecer até o erro que efetivamente ocorreu, aspecto mostrado pela forte correlação entre as variáveis do estudo destinadas a essa avaliação.

Embora a cultura de segurança possa apresentar variações entre instituições diferentes ou até mesmo entre unidades de uma mesma instituição (FERLIE; SHORTELL, 2001), a peculiaridade do trabalho e características do ambiente de terapia intensiva pode remeter para a existência de similaridades. De fato, foram observadas semelhanças entre as avaliações dos profissionais das duas UTIs, especialmente para trabalho em equipe, percepção geral de segurança, frequência de eventos relatados dentre outras. Entretanto, diferenças entre as UTIs quanto a avaliação da cultura de segurança do paciente foram estatisticamente comprovadas para duas dimensões, ou seja, pessoal e feedback e comunicação de erros. Essa informação sugere a necessidade da UTI 1 em relação a UTI 2, de priorizar melhorias em relação a quantitativo de pessoal pois os itens dessa dimensão com escore mais baixo foram “o quadro de pessoal é suficiente para a carga de trabalho da unidade”(20%) e “trabalhamos em modo de crise, tentando fazer muita coisa, muito depressa” (16%). Já na UTI 2 a prioridade consiste na implementação de mudanças nos processos de comunicação, especialmente a respeito de erros, tendo em vista os baixos percentuais de respostas positivas aos itens “nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade” (14%) e “nesta unidade, discutimos maneiras para prevenir que os erros aconteçam novamente” (19%).

Convém destacar que o quantitativo de pessoal representa um importante indicador de segurança do paciente. Estudo realizado na Inglaterra (RAFFERTY et al., 2007) demonstrou que em hospitais com maior número de pacientes por profissional de enfermagem a taxa de mortalidade foi 26% mais alta que hospitais com proporção adequada, evidenciando a importância do adequado dimensionamento de pessoal.

A maioria das dimensões avaliadas nas UTIs 1 e 2 não apresentaram resultados consistentes com uma cultura de segurança, conforme limite de 75% estabelecido pela AHRQ, que admite ser

arbitrário podendo-se adotar outros parâmetros (SORRA, NIEVA, 2004). Apesar disso, foram identificados alguns itens com percepções favoráveis dentre os demais, tais como trabalho em equipe e expectativas do supervisor/gerente, tendência também de outros estudos (SORRA et al., 2011; PANOZZO, 2007). A respeito do trabalho em equipe, o item que mais se destacou nessa dimensão com 92% de respostas positivas foi “quando há muito trabalho que precisa ser realizado rapidamente, trabalhamos juntos, em equipe, para que o trabalho seja feito” e na dimensão expectativas do supervisor/gerente ficaram em destaque os itens reversos “sempre que a pressão no trabalho aumenta, a minha chefia quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique usar atalhos” (65%) e “minha chefia considera seriamente as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do paciente” (58%). Reforçando a importância desse resultado, a literatura destaca que o trabalho em equipe eficaz é crucial para fornecer um cuidado ideal ao paciente e que a liderança é vital para orientar a maneira pela qual os membros da equipe da UTI devem interagir, coordenar-se uns com os outros (READER et al., 2009) bem como desenvolver as atividades de forma segura.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados desse estudo suscitam a necessidade de mudanças em vários aspectos da cultura de segurança do paciente nas duas UTIs estudadas. Estas mudanças devem ser amplas com envolvimento da organização hospitalar como um todo. Cabe às lideranças o envolvimento e o impulso inicial devendo adotar a segurança do paciente como uma prioridade estratégica, viabilizando investimentos para a promoção de práticas seguras e estando sempre a frente desse processo.

No entanto, para que qualquer iniciativa seja eficaz, é importante que a segurança do paciente seja compreendida pelos profissionais, pois esta ainda é uma temática que precisa ser mais difundida, expandida e pesquisada em nosso meio. Promover treinamentos abrangentes sobre segurança do paciente, criação de comitês, sistemas de notificação de erros e eventos adversos e pesquisas em segurança do paciente, especificamente de avaliação da cultura de segurança, são importantes iniciativas.

Além de todas essas iniciativas, é imprescindível que se adote uma atitude aberta e justa em relação aos erros visando eliminar três grandes obstáculos: o medo, o silêncio e a culpa. Nesse sentido, acreditando que sempre haverá erros, a ação mais lógica e necessária

para a organização deve ser dirigida para a criação de uma cultura institucional educativa e não punitiva (FRANCO, 2005). Esta baseada numa resposta mais compreensiva e cuidadosa quando o erro ou evento adverso ocorrem; o que não significa acabar com a responsabilidade pessoal como também as restrições sociais, disciplinares e legais que os envolvem. (VINCENT, 2009, p. 204).

Embora a segurança do paciente seja uma preocupação crescente no Brasil, ainda há necessidade que seus propósitos adquiram maior abrangência e sejam incorporados de forma sistemática à assistência em saúde. O relato de eventos adversos, por exemplo, não é uma prática comum nas instituições de saúde no Brasil, como também não é a percepção do erro como oportunidade de melhoria. O que prevalece ainda são atitudes punitivas diante dos erros, com foco no profissional sem ser considerado o contexto mais amplo da ocorrência do erro. Isso é evidenciado frequentemente nos noticiários, no dia a dia de nossa prática profissional ou mesmo em nossos julgamentos e ações.

Este estudo apresentou limitações relacionadas ao instrumento de avaliação da cultura de segurança utilizado, pois este ainda não foi validado no Brasil o que possibilitaria sua readequação ao contexto do país e assim mais segurança na utilização. Uma dessas limitações consistiu na notificação de erros e eventos adversos que ainda não é uma prática institucionalizada nos locais onde foi realizado este estudo, motivo pelo qual a pergunta do instrumento referente a essa informação teve que ser readequada, mudando-se o questionamento que solicita do “número de eventos que notificou” para o “número de eventos que o profissional informou a sua chefia imediata”.

Outra limitação que também merece ser mencionada foi o questionamento feito com relação ao número de horas trabalhadas na instituição. Neste estudo esse questionamento foi mantido como no instrumento original; assim, os resultados a esse item não refletem o quantitativo real do número de horas de trabalho que certamente deve ultrapassar a 40 horas semanais tendo em vista que muitos profissionais têm outros vínculos empregatícios cujas cargas horárias somam-se à da instituição onde foi feita a pesquisa.

Diante disso, além da validação do instrumento se faz necessário sua ampla utilização abrangendo diferentes categorias profissionais bem como cenários distintos de assistência em saúde no Brasil, cujos resultados além de servirem de referência para outros estudos também possam balizar metas a serem alcançadas pelas instituições e contribuir para a construção do conhecimento de enfermagem sobre segurança do paciente.

A cultura de cada instituição e em cada país é distinta, portanto, pesquisas com esta devem apontar para a construção de instrumentos que estimulem o reconhecimento da “potencial cultura” local baseados em princípios universais.

## REFERÊNCIAS

ARMELLINO, D.; QUINN GRIFFIN, M.T.; FITZPATRICK, J.J. Structural empowerment and patient safety culture among registered nurses working in adult critical care units. **Journal of Nursing Management**, v.7, n. 18, p. 796-803, oct. 2010.

BOYLE, S.M. Nursing unit characteristics and patient outcomes. **Nursing Economics**, v.22, p. 111-123, 2004.

CLINCO, S.D.O. **O hospital é seguro?** Percepções de profissionais de saúde sobre segurança do paciente. 2007. 98p. Dissertação (Mestrado em Administração) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas, São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/4900/106674.pdf?sequence=1>>. Acesso em 10 de novembro de 2011.

DAVIES, H.; NUTLEY, S.; MANNION, R. Organizational culture and quality of health care. **Quality & Safety in Health Care**, v.9, p. 111-119, 2000.

DICKENS, D.; SINSABAUGH, D.; WINGER, B. Primum Non Nocere. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, v. 1620, n. 11, p. 1185, 2006.

DOLCI, G.F. et al. Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. **Cirugía y Cirujanos**, v. 78, n. 6, p. 527-532, nov./dec. 2010.

FERLIE, E.B.; SHORTELL, S.M. Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: A framework for change. **The Milbank Quarterly**, v.79, n.2, p. 281-315, 2001.

FRANCO, A. La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el

problema. **Colombia Médica**, v. 32, n. 2, p. 130-133, abr./jun. 2005.

GULDENMUND, F.W. The nature of safety culture: a review of theory and research. **Safety Science**, v. 34, n. 1-3, p. 215-257, 2000.

HSC (HEALTH AND SAFETY COMMISSION). **Organizing for safety**: Third report of the human factors study group of ACSNI. London: HMSO, 1993.

HOFFMAN, D.; MARKS, B. An investigation of the relationship between safety climate and medication errors as well as other nurse and patient outcomes. **Personnel Psychology**, v. 59, n. 2, p. 847-869, Nov. 2006.

KOHN, K.T; CORRIGAN, J.M; DONALDSON, M.S editors. **To err is human**: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press; 1999. Disponível em: <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371> Acesso em 03 de outubro de 2011.

LEAPE, L.L. New World of Patient Safety. **Archives of Surgery**, v. 144, n. 5, p. 394-398, May. 2009.

NIEVA, V.F.; SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Quality & Safety in Health Care**, 12 (suppl III), p. 17-23, 2003.

NIGHTINGALE, F. **Notes on Hospitals**. 3. Ed. London: Longman, Green, Longman, Roberts, and Green 1863.

PANOZZO, S.J. **Lessons to be learnt**: evaluating aspects of patient safety culture and quality improvement within an intensive care unit. 2007. 417p. Thesis (Doctor of Philosophy) - University of Adelaide, School of Psychology, 2007.

RAFFERTY, A.M. et al. Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. **International Journal of Nursing Studies**, v. 44, p. 175-182, 2007.

RAMANUJAM, R.; KEYSER, D. J.; SIRIO, C. A. Making a case for

organizational change in patient safety initiatives. In: HENRIKSEN, K. et al. **Advances in patient safety: From research to implementation**. Rockville: AHRQ, v. 2, p. 455-465, 2005.

READER, T.W. et al. Developing a team performance framework for the intensive care unit. **Critical Care Medicine**, v. 37, n. 5, p. 1787-1793, May. 2009.

ROTHSCHILD, J.M. et al. The Critical Care Safety Study: the incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care. **Critical Care Medicine**, v.33, n. 8, p.1694–1700, 2005.

SINGER, S.J. et al. The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. **Quality & Safety in Health Care**, v. 12, n. 2, p. 112-118, apr. 2003.

SORRA, J.S.; NIEVA, V.F. **Hospital survey on patient safety culture**. Agency for Rockville: Healthcare Research and Quality, 2004. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/usergd.htm>>. Acesso em 12 de set. de 2010.

SORRA, J.S. et al. **Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2011 User Comparative Database Report**. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2011. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/qual/hospsurvey11/>>. Acesso em 10 de novembro de 2011.

SORRA, J.S. et al. Staff attitudes about event reporting and patient safety culture in hospital transfusion services. **Transfusion**, v.48, n. 9, p. 1934-1942, sep. 2008.

VINCENT, C. **Segurança do paciente**. São Paulo: Yendis, 2009. Tradução de Rogério Videira



## 5.2 ARTIGO 2 - CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM TERAPIA INTENSIVA: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM

### **CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM TERAPIA INTENSIVA: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM<sup>4</sup>**

#### **PATIENT SAFETY CULTURE ON INTENSIVE CARE: NURSING CONTRIBUTIONS**

#### **CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN TERAPIA INTENSIVA: CONTRIBUCIONES DE LA ENFERMERÍA**

Janeide Freitas de Mello<sup>5</sup>

Sayonara de Fátima Faria Barbosa<sup>6</sup>

**Resumo:** Estudo quantitativo, tipo *survey*, transversal e comparativo que teve por objetivo sistematizar as recomendações dos profissionais de enfermagem acerca da segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Foi realizado entre abril a junho de 2011 em duas UTIs na Grande Florianópolis/SC, Brasil. Resultou da resposta a uma pergunta qualitativa aplicada com o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) a 97 profissionais (88,35%), que obteve 267 recomendações, categorizadas conforme as dimensões do HSOPSC. Houve maior número de recomendações para as dimensões aprendizado organizacional e melhoria contínua, com sugestões envolvendo capacitação e treinamento; pessoal em relação ao quantitativo; percepção geral de segurança do paciente, indicando-se melhoria dos procedimentos e processos e apoio da gestão hospitalar, com ênfase na melhoria dos recursos materiais e equipamentos. Destacadas por outros estudos, estas recomendações são essenciais para a melhoria da

---

<sup>4</sup> Artigo apresenta resultados parciais da Dissertação de Mestrado intitulada “Cultura de Segurança do Paciente em Unidade de Terapia Intensiva: perspectiva da Enfermagem” apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, Florianópolis (SC), Brasil.

<sup>5</sup> Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PEN/UFSC; Enfermeira do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Estudos em Pesquisa Clínica, Tecnologia e Informática em Saúde e Enfermagem GIATE/PEN/UFSC. Endereço para correspondência: Rua Cassol, 1400, Apto 205, Kobrasol, 88103-340, São José, Santa Catarina. E-mail: janeidef@gmail.com

<sup>6</sup> Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC; Vice-Líder do Grupo GIATE/PEN/UFSC

segurança do paciente nas UTIs estudadas.

**Descritores:** Segurança do Paciente, Cultura, Unidades de Terapia Intensiva, Enfermagem

**Abstract:** Comparative, transversal and quantitative study, survey type, whose objective aimed to systematize nursing professionals recommendations about patient safety, at the Intensive Care Unit (ICU). It was conducted between April and June 2011 at two ICUs in the great Florianópolis/SC, Brazil. It resulted from the answer to a qualitative question applied by the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) on 97 professionals (88.35%). It received 267 recommendations that were categorized according to the HSOPSC dimensions. There was a greater number of recommendations for the following dimensions: organizational learning and continuous improvement, with suggestions involving capacity building and training; staff in relation to the quantitative matter; general perception on patient safety, indicating procedures improvement, processes and hospital management support, with emphasis in the improvement of material resources and equipment. Those recommendations, which were highlighted by other studies, are essential to improve patient safety at the studied ICUs.

**Key words:** Patient Safety, Culture, Intensive Care Units, Nursing.

**Resumen:** Estudio cuantitativo, de tipo investigativo, transversal y comparativo que tuvo por objeto sistematizar las recomendaciones de los profesionales de enfermería acerca de la seguridad del paciente en una Unidad de Terapia Intensiva (UTI). Fue realizado entre Abril y Junio del 2011, en dos UTIs de la Gran Florianópolis/SC, Brasil. Resultó de la respuesta a una pregunta cualitativa aplicada con el *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) para 97 profesionales (88,35%), y que obtuvo 267 recomendaciones, categorizadas conforme a las dimensiones del HSOPSC. Hubo un mayor número de recomendaciones para las dimensiones aprendizaje organizacional y mejoría continua, con sugerencias envolviendo a la capacitación y al entrenamiento; al personal en relación a lo cuantitativo; la percepción general de la seguridad del paciente, indicándose la mejoría de los procedimientos, los procesos y el apoyo de la gestión hospitalaria, dando énfasis a la mejoría de los recursos materiales y equipamientos. Destacadas por otros estudios, estas recomendaciones son esenciales para la mejoría de la seguridad del paciente en las UTIs estudiadas.

**Descriptores:** Seguridad del Paciente, Cultura, Unidades de Terapia Intensiva, Enfermería.

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas tem havido crescente preocupação em proporcionar uma assistência em saúde segura aos pacientes. Embora atualmente os avanços científicos na área da saúde promovam o tratamento de diversas doenças; evidências apontam que o paciente está sujeito a riscos enquanto usuário dos serviços de saúde (LEAPE, 2009). Dentre os vários estudos que despertaram a atenção para esses riscos, destaca-se a divulgação do relatório intitulado *To err is human: building a safer health care system* publicado pelo *Institute of Medicine* (IOM) (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000), considerado marco para a segurança do paciente.

Os riscos de eventos adversos na assistência em saúde existem em diferentes ambientes onde essa assistência é oferecida. Dentre esses diferentes ambientes, destaca-se a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), que por suas características é considerado um cenário assistencial de alto risco. Esta unidade tem por peculiaridade um cuidado que é intensivo, ou seja, deve ser prestado de forma rápida, envolve muitos procedimentos, produz um grande volume de informações, é realizado por um número grande e variado de profissionais que, em face de gravidade dos pacientes, trabalha sob um forte stress, por lidarem diretamente com situações de vida e morte em que as decisões devem ser tomadas rapidamente (KSOURI et al., 2010; BECCARIA et al., 2009).

A prática profissional nestes locais traz implícita a necessidade de uma formação profissional e aperfeiçoamento, pautados principalmente no desenvolvimento de habilidades técnicas. No entanto, embora no senso comum seja considerado que a ocorrência de erro esteja atrelada única e exclusivamente a competência profissional, estudos mostram que aspectos da cultura organizacional têm um profundo efeito para a segurança do paciente (HOFFMAN; MARKS, 2006; NIEVA; SORRA, 2003). Nas organizações de saúde, uma cultura de segurança resulta de valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências, e padrões de comportamento que determinam o compromisso, o estilo e a competência da gestão da segurança e saúde da organização (HSC, 1993, p.23). De uma forma breve e intuitiva, a cultura também pode ser compreendida como “a forma como as coisas são feitas por aqui” (DAVIES; NUTLEY; MANNION, 2000).

Atualmente, existe a tendência de promover o envolvimento de todos os níveis da organização, desde o gerencial até os profissionais que atuam na linha de frente, estimulando o reconhecimento das circunstâncias de risco na organização (GALT; PASCHAL, 2010). A enfermagem desempenha um papel fundamental nesse reconhecimento, tanto pelo seu contingente como pela sua proximidade constante e ininterrupta na assistência ao paciente, estando apta a identificar estes riscos bem como a oferecer valiosas sugestões de melhoria.

Nesse sentido, tem sido realizados estudos com os profissionais, para que sejam avaliados quais aspectos existentes na cultura do seu ambiente de trabalho podem ser favoráveis ou não para a segurança do paciente (NIEVA; SORRA, 2003; PANOZZO, 2007).

Existem vários instrumentos de avaliação da cultura de segurança do paciente (SINGLA et al, 2006) que são frequentemente compostos de questões temáticas, úteis para medir as condições organizacionais que podem levar a eventos adversos e danos ao paciente em instituições de saúde. Fornecem uma medida pela qual os entendimentos implícitos compartilhados sobre "a forma como fazemos as coisas por aqui" tornam-se visíveis e disponíveis (NIEVA; SORRA, 2003).

Neste sentido, este estudo consiste na apresentação dos resultados da segunda parte da pesquisa que consistiu na aplicação do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) com profissionais de enfermagem de duas UTIs para avaliação da cultura de segurança do paciente.

Desta forma, com o presente estudo objetiva-se sistematizar as recomendações dos profissionais de enfermagem para a segurança do paciente em UTI, que fazem parte da segunda parte da pesquisa que consistiu na aplicação do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) com profissionais de enfermagem de duas UTIs para avaliação da cultura de segurança do paciente.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo tipo *survey*, transversal e comparativo, com abordagem quantitativa.

Foi realizado com 103 profissionais de enfermagem (22 enfermeiros, 74 técnicos e 07 auxiliares de enfermagem) de duas UTIs adulto de hospitais públicos da Grande Florianópolis em Santa Catarina/Brasil no período de abril a junho de 2011, após aprovação dos Comitês de Ética e Pesquisa de ambas as instituições, mediante protocolos nº 59/10 de 25/10/2010 e nº1113 de 29/11/2010. Adotou-se

a amostragem de conveniência e como critério de inclusão, foi considerado o tempo de atuação dos profissionais de no mínimo seis meses nas UTIs onde o estudo foi realizado.

A coleta de dados consistiu na aplicação da versão traduzida para a língua portuguesa do instrumento HSOPSC que foi criado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) dos EUA (NIEVA; SORRA, 2003). Trata-se de um instrumento que desde 2004 está disponível para domínio público e vem sendo amplamente utilizado para avaliação da cultura de segurança do paciente, indicado pelas suas propriedades psicométricas favoráveis (JACKSON; SARAC; FLIN, 2010).

O HSOPSC contém 42 questões relacionadas à segurança do paciente que são agrupadas em 12 dimensões: trabalho em equipe dentro das unidades; expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor / gerente; aprendizado organizacional, melhoria contínua; *feedback* e comunicação a respeito de erros; abertura para comunicações; pessoal; respostas não punitivas aos erros; apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente; trabalho em equipe entre as unidades do hospital; transferências internas e passagens de plantão; percepção geral de segurança do paciente e frequência de eventos relatados. Dentre estas dimensões, as sete iniciais abordam aspectos da cultura de segurança do paciente no âmbito da unidade, as três seguintes os aspectos no âmbito hospitalar e as duas últimas são variáveis de resultado (NIEVA; SORRA, 2003).

O HSOPSC foi entregue aos profissionais que aceitaram participar da pesquisa mediante convite, juntamente com o termo de consentimento livre e esclarecido e explicação sobre os objetivos do estudo e a forma de preenchimento do questionário. Também foi entregue aos profissionais um envelope com uma folha separada que continha uma pergunta qualitativa, que não faz parte do questionário original, com a seguinte solicitação: “cite três recomendações que você sugere para melhorar a segurança do paciente em sua unidade”. Os instrumentos foram depositados separadamente, sem identificador, exceto os dados demográficos do HSOPSC em uma urna disponível na unidade, de modo a assegurar o sigilo do respondente.

Procedeu-se a análise dessas recomendações após sua categorização conforme as 12 dimensões do HSOPSC. Para as categorias apuradas, apresentadas em tabela, foram realizadas análises descritivas dos dados a partir de apuração de frequências, tanto em termos absolutos quanto em percentuais de cada uma das instituições. Também foram realizadas análises comparativas desses resultados com os resultados da aplicação do HSOPSC, que são expressos em

percentuais de positividade da cultura de segurança na mesma tabela.

As recomendações foram agrupadas por similaridade para evitar repetição desnecessária, e apresentadas em três quadros, conforme as dimensões propostas pelo instrumento, a saber: no âmbito da unidade, do hospital e variáveis de resultado.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foram entregues 103 envelopes contendo o HSOPSC e a pergunta qualitativa, sendo que destes retornaram 97 envelopes. A pergunta qualitativa foi respondida por 91 profissionais, obtendo-se uma taxa de resposta de 88,35%.

Na Tabela 1 são apresentadas as características sócio-demográficas dos respondentes. Os dados sócio-demográficos foram extraídos dos 86 questionários considerados válidos, pois houve 11 exclusões por falta de preenchimento. Compõem os sujeitos da amostra 60 técnicos (69,8%), 19 enfermeiros (22%) e 07 auxiliares de enfermagem (8,1%). Em relação ao tempo de trabalho (tabela 1), a maioria (61,6%) possui entre 6 a 15 anos de profissão e 1 a 5 anos de trabalho em UTI (62,8%), trabalhando de 30 a 40h semanais (81,4%).

**Tabela 1** - Características sócio-demográficas dos profissionais de enfermagem de duas UTIs na Grande Florianópolis/SC, Brasil, 2011.

<b>Características</b>	<b>Enfermeiros (n=19)</b>	<b>Técnicos (n=60)</b>	<b>Auxiliares (n=7)</b>	<b>Total</b>
<b>Tempo de trabalho no hospital</b>				
De 0 a 5 anos	7 (36,9)	31(51,6)	1(14,3)	39(45,4)
De 6 a 10 anos	7(36,9)	16(26,6)	1(14,3)	24(27,9)
De 11 a 15 anos	2(10,5)	5(8,3)	0	7(8,1)
De 16 a 20 anos	0	5(8,3)	1(14,3)	6(7)
De 21 anos ou mais	3(15,7)	3(5)	4(57,1)	10(11,6)
<b>Tempo de trabalho na UTI</b>				
De 1 a 5 anos	10(52,6)	42(70)	2(28,6)	54(62,8)
De 6 a 10 anos	6(31,6)	10(16,7)	0	16(18,6)
De 11 a 15 anos	0	4(6,6)	0	4(4,6)
De 16 a 20 anos	1(5,7)	3(5)	2(28,6)	6(7)
De 21 anos ou mais	2(10,5)	1(1,7)	3(42,8)	6(7)
<b>Carga horária semanal</b>				
< 30 h/semana	1(5,3)	4(6,7)	0	5(5,8)
De 30-40 h/semana	17(89,4)	49(81,6)	4(57,1)	70(81,4)
De 40-60 h/semana	1(5,3)	7(11,7)	2(28,6)	10(11,6)
>60 h/semana	0	0	1(14,3)	1(1,2)
<b>Tempo de trabalho na profissão</b>				
De 1 a 5 anos	3(15,8)	9(15)	0	12(13,9)
De 6 a 10 anos	8(42,2)	21(35)	0	29(33,7)
De 11 a 15 anos	4(21)	19(31,7)	1(14,3)	24(27,9)
De 16 a 20 anos	0	6(10)	1(14,3)	7(8,2)
De 21 anos ou mais	4(21)	5(8,3)	5(71,4)	14(16,3)

Foram obtidas um total de 267 recomendações dos profissionais de enfermagem para melhorar a segurança do paciente nas duas UTIs, conforme apresentado na tabela 2. A maioria das recomendações (66,1%) esta voltada para as dimensões aprendizado organizacional, melhoria contínua (19%); pessoal (16,5%), percepção geral de segurança do paciente (16%); apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente (14,6%). Para as outras dimensões, também na tabela 2, houve menor número de recomendações.

Ao compararmos as recomendações apresentadas pelos respondentes das UTIs 1 e 2 (tabela 2), verificamos que no geral, as recomendações para a melhoria da segurança do paciente foram similares, no entanto, para algumas dimensões houveram diferenças quanto ao número de recomendações. Em relação à dimensão feedback e comunicação a respeito de erros, houveram mais sugestões de

melhoria da segurança dos profissionais da UTI 2 (10 a mais), já as dimensões pessoal e trabalho em equipe dentro das unidades, foram contempladas com numero maior de sugestões por parte da UTI 1 (12 e 07 respectivamente a mais).

Ao confrontar os resultados da avaliação da cultura de segurança feita pelo HSOPSC (SORRA; NIEVA, 2004) nesse mesmo estudo, com as recomendações dos profissionais (tabela 2), foi identificado que as dimensões trabalho em equipe dentro das unidades e expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor / gerente, tiveram as melhores avaliações da cultura de segurança (62 e 51% respectivamente), e por relação obtiveram menor número de recomendações (4,8 e 8,6%); por outro lado, dimensões com percentuais baixos de positividade da cultura de segurança tais como apoio da gestão para a segurança do paciente (13%) e percepção geral de segurança do paciente (27%), receberam um número maior de recomendações.



**Tabela 2** – Recomendações dos profissionais de enfermagem para melhorar a segurança do paciente e resultados dos escores percentuais positivos da avaliação da cultura de segurança do paciente conforme as dimensões do HSOPSC de duas UTIs na Grande Florianópolis/SC, Brasil, 2011.

<b>Recomendações</b>	<b>UTI 1 N (%)</b>	<b>UTI 2 N (%)</b>	<b>TOTAL N (%)</b>	<b>Avaliação HSOPSC%</b>
<b>Âmbito da unidade</b>				
1. Trabalho em equipe dentro das unidades	10 (7,6)	03(2,3)	13(4,8)	62
2. Expectativas e ações de promoção da Segurança do Paciente do Supervisor/Gerente	08(5,9)	15 (11,4)	23(8,6)	51
3. Aprendizado organizacional, melhoria contínua	28(20,7)	23 (17,4)	51(19)	45
4. Feedback e Comunicação a respeito de erros	02(1,5)	12(9,1)	14 (5,2)	28
5. Abertura para comunicações	10(7,4)	09 (6,8)	19 (7,1)	31
6. Pessoal	28(20,7)	16 (12,1)	44(16,5)	44
7. Respostas não punitiva aos erros	01(0,7)	05(3,8)	06(2,2)	18
<b>Âmbito Hospitalar</b>				
8. Apoio da gestão hospitalar para a Segurança do paciente	19(14,1 )	20(15,2)	39(14,6)	13
9. Trabalho em equipe entre as unidades do Hospital	01(0,7)	01(0,7)	02(0,7)	27
10. Transferências internas e passagens de plantão	03(2,2)	01(0,7)	04(1,9)	34
<b>Variáveis de Resultado</b>				
11. Percepção geral de segurança do paciente	22(16,3)	21(15,9)	43(16)	27
12. Frequência de eventos relatados	03(2,2)	06(4,6)	09(3,4)	38
<b>TOTAL</b>	135(50,4)	132(49,6)	267(100)	

O quadro 1 exibe as recomendações para a segurança do paciente no âmbito da unidade. Destacaram-se as recomendações relacionadas a dimensão aprendizado organizacional e melhoria contínua, com indicação para a realização de capacitações, treinamentos e cursos e

recomendações de pessoal em relação a quantitativo, carga horária e melhores condições salariais.

Dimensão - Unidade	Recomendações
1. Trabalho em equipe dentro das unidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover bom relacionamento e cooperação na equipe, entre turnos e com a chefia imediata e coordenação; união; respeito e motivação.</li> <li>• Integrar o enfermeiro de plantão com a equipe de trabalho.</li> </ul>
2. Expectativas e ações de promoção da Segurança do Paciente do Supervisor / Gerente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorizar a chefia e o bom funcionário; apoiar e compreender os funcionários.</li> <li>• Garantir a presença da chefia, para resolução dos problemas simples e imediatos; maior atuação (comunicação).</li> <li>• Promover maior supervisão, acompanhamento e cobrança do grupo de trabalho pela chefia e chefia imediata em relação aos cuidados, comprometendo-se como os eventos que ocorrem no setor.</li> <li>• Realizar supervisão de funcionários novos e por parte médica aos Residentes e médicos novos.</li> </ul>
3. Aprendizado organizacional e melhoria contínua	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar pesquisas, cursos, palestras e treinamentos ou capacitações, no ambiente de trabalho, extensivo a todos os profissionais, sem discriminação, sobre assuntos gerais ou temas específicos como: segurança do paciente; rotinas e padronizações; técnicas; assuntos específicos da unidade; uso de antibióticos; manuseio de materiais e equipamentos e novas tecnologias.</li> <li>• Promover treinamento de funcionários que chegam sem experiência.</li> <li>• Adotar postura crítica, construtiva e assumir os erros encarando-os como forma de crescimento pessoal e profissional.</li> <li>• Formar comissões de segurança do paciente.</li> <li>• Realizar avaliações para crescimento e aprendizado da equipe.</li> </ul>
4. Feedback e Comunicação a respeito de erros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar os profissionais de todos os turnos sobre mudanças e suas justificativas; mais comunicação entre equipes.</li> <li>• Criar um sistema de notificação do evento adverso, sensibilizando e conscientizando sobre a importância.</li> <li>• Discutir sobre os prováveis erros que podem vir a ocorrer para a sua prevenção.</li> </ul>
5. Abertura para comunicações	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar reuniões periódicas de turno ou gerais com toda a equipe de enfermagem para identificação dos</li> </ul>

	<p>principais problemas que possam interferir na segurança do paciente; estabelecer barreiras para a segurança e discussão de assuntos como o processo de enfermagem, e cuidados com o paciente grave.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar que as equipes conversem sobre erro, se comunicuem.</li> <li>• Promover relação de confiança e segurança com sua chefia, maior abertura; direito a questionamentos e sugestões, diálogo e interação.</li> <li>• Promover comunicação direta e clara e respeito ao servidor; melhorando a comunicação entre enfermeiros e técnicos.</li> </ul>
6. Pessoal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhorar o quantitativo de profissionais em todos os turnos e por paciente.</li> <li>• Reduzir sobrecarga de trabalho; trabalhar de forma tranquila e sem pressão.</li> <li>• Melhorar a distribuição da carga horária, evitando muitas horas de trabalho, ultrapassando 12h; criar estratégias para reduzir absenteísmo.</li> <li>• Promover Melhores salários e exclusividade (um vínculo).</li> </ul>
7. Respostas não punitiva aos erros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penalizar o funcionário quando, em caso mais extremo, a conversa não resolver.</li> <li>• Realizar avaliações de caráter não punitivo.</li> <li>• Adotar estratégias para que o profissional comunique o erro e que este seja corrigido de forma não punitiva.</li> <li>• Manter o sigilo profissional; discutir o caso (erro), preservando-se o profissional, cabendo somente a chefia saber o nome.</li> </ul>

**Quadro 1** - Recomendações para melhorar a segurança do paciente no âmbito da unidade apresentadas por profissionais de enfermagem de duas UTIs na Grande Florianópolis/SC, Brasil, 2011.

No âmbito da organização hospitalar, conforme o quadro 2, houve maior número de recomendações voltadas para a dimensão apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente, com sugestões para melhoria da quantidade, qualidade e manutenção de materiais e equipamentos e melhoria da estrutura física do ambiente de trabalho.

<b>Dimensões – Organização Hospitalar</b>	<b>Recomendações</b>
1. Apoio da gestão hospitalar para a Segurança do paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantir que a direção do hospital e médicos responsáveis, que tem o poder “nas mãos”, possam ajudar comprometendo-se “mais”.</li> <li>• Disponibilizar materiais e equipamentos em quantidade e qualidade; com possibilidade de manutenção constante e reserva de equipamento.</li> <li>• Realizar vistoria frequente e manutenção das camas e grades, ou aquisição de novas camas, totalmente automáticas e colchões.</li> <li>• Melhorar os utensílios para restrição física dos pacientes.</li> <li>• Adquirir equipamentos específicos para transporte de pacientes como maca ou cama, oxímetro e ventilador de transporte.</li> <li>• Reestruturar a planta física prevendo a observação do paciente e circulação de pessoal; acomodações adequadas.</li> <li>• Melhorar o sistema informatizado para controle interno de eventos.</li> <li>• Revisar frequentemente a rede elétrica e hidráulica da UTI, incluindo sistema de vácuo.</li> <li>• Adquirir frascos de medicação diferenciados quanto a identificação, cor e letra legível.</li> <li>• Proporcionar ambiente tranquilo e agradável para o trabalho.</li> </ul>
2. Trabalho em equipe entre as unidades do Hospital	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter bom relacionamento entre as unidades da instituição.</li> <li>• Realizar trabalho conjunto com a farmácia para diminuir erros com medicação.</li> </ul>
3. Transferências internas e passagens de plantão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter mais atenção na passagem de plantão.</li> <li>• Transmitir informações adequadas sobre as ocorrências com o paciente.</li> </ul>

**Quadro 2** - Recomendações para melhorar a segurança do paciente no âmbito da organização hospitalar apresentadas por profissionais de enfermagem de duas UTIs na Grande Florianópolis/SC, Brasil, 2011.

Dentre as dimensões que avaliam os resultados da cultura de segurança, destaca-se o expressivo volume de recomendações elencadas na categoria “Percepção geral de segurança” conforme o quadro 3. Para melhor entendimento, esta dimensão avalia se os procedimentos e os

sistemas são adequados para evitar erros e se não há problemas de segurança (SORRA; NIEVA, 2004). Foram elencadas recomendações principalmente para melhoria dos procedimentos e processos de trabalho, com algumas sugestões baseadas em princípios atuais de segurança do paciente tais como: definição de protocolos, barreiras de risco, identificação do paciente, dose unitária e dupla checagem. Destacam-se também recomendações que envolvem a conduta profissional tais como dedicação, comprometimento e consciência no trabalho, respeito e carinho.

<b>Dimensões - Resultado</b>	<b>Recomendações</b>
1. Percepção geral de segurança do paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respeito aos pacientes por médicos, residentes e no geral.</li> <li>• Trabalhar com empenho, dedicação, comprometimento e consciência.</li> <li>• Realizar os procedimentos com segurança.</li> <li>• Manter maior equilíbrio entre turnos de trabalho, com apoio e compreensão em relação às tarefas pendentes.</li> <li>• Permanecer mais próximo ao paciente.</li> <li>• Não realizar procedimentos complexos na UTI (ex. traqueostomia).</li> <li>• Criar protocolos de cuidados com rotinas bem estabelecidas, baseadas no dia-a-dia unidade (sugestões para úlcera por pressão e infecções hospitalares).</li> <li>• Cumprir barreiras de risco como conferência de horários aprazados e checagem de medicações.</li> <li>• Atentar para a identificação do paciente.</li> <li>• Instituir dose unitária e dupla checagem dos medicamentos, especialmente de alto risco como cloreto de potássio, drogas vasoativas e psicotrópicas, bem como com hemoderivados.</li> <li>• Atentar aos cuidados com medicamentos como prazo de validade, avaliação da prescrição, diluições, rótulos, cinco certezas e validade dos equipamentos.</li> <li>• Desempenhar o trabalho e cuidar do paciente com carinho, como se fosse de sua família.</li> <li>• Manter grades das camas elevadas e aplicar restrição física somente quando recomendada.</li> <li>• Evitar alarmes dos equipamentos na função inoperante.</li> <li>• Organizar o ambiente de trabalho.</li> <li>• Isolamentos, maior controle pela comissão de Controle de infecção hospitalar, sugerindo-se que sejam aplicados a todos os pacientes até a liberação do resultado dos</li> </ul>

	<p>exames (culturas), evitando-se que outros pacientes sejam contaminados nesse período.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar lavagem das mãos.</li> <li>• Garantir que a saída de pacientes para realizar procedimento fora da UTI ocorra somente com a presença do médico “Staff”.</li> </ul>
2. Frequência de eventos relatados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incentivar o relato de erros e eventos adversos, criando-se uma cultura de notificação.</li> <li>• Coletar e registrar os eventos adversos/ erros cometidos pelos profissionais.</li> <li>• Instituir uma central de notificação de erros e eventos adversos, comunicando-se oficialmente.</li> </ul>

**Quadro 3** - Recomendações para melhorar a segurança do paciente no âmbito de resultados apresentadas por profissionais de enfermagem de duas UTIs na Grande Florianópolis/SC, Brasil, 2011

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há o entendimento que a solução para a segurança depende de informações essenciais de toda a força de trabalho, por estar em contato direto com os riscos (GANDRA; RAMALHO; MARQUES, 2004).

Nesse sentido, a enfermagem pode contribuir, pois na sua prática profissional é de vivência e percepção diária situações de risco à segurança do paciente que podem subsidiar o gerenciamento do cuidado em relação à segurança do paciente. Desta forma, destaca-se a importância que as recomendações apresentadas pelos profissionais podem ter, complementando ou mesmo elucidando os dados obtidos por meio de instrumentos de avaliação da cultura de segurança.

No contexto deste estudo, essas recomendações resultaram na identificação de fragilidades em alguns aspectos da cultura de segurança nas instituições nas quais o estudo foi desenvolvido. Foi identificado que capacitação e treinamento, melhoria dos processos de trabalho, incluindo-se criação de protocolos, disponibilização de materiais e equipamentos em quantidade e qualidade bem como quantitativo adequado de profissionais, são necessidades evidenciadas nas duas UTIs, dentre outras recomendadas com menor frequência.

Atualmente, a adequação do cuidado de enfermagem ao paradigma da “era da segurança” (grifo do autor) depende que profissionais busquem excelência científica e técnica, realizando cuidados baseados em evidências. Para isso, há necessidade que o trabalho se desenvolva

em ambientes cuja filosofia e recursos promovam e sustentem melhorias contínuas (PEDREIRA; HARADA, 2009).

A saúde é um campo em constante mudança e aprimoramento, assim, a aprendizagem ao longo da carreira profissional é fundamental para a gestão dos riscos na assistência em saúde (BRUNT, 2001). Nesse contexto, a educação continuada se insere como um componente essencial para a formação e desenvolvimento de recursos humanos das instituições (SILVA; CONCEIÇÃO; LEITE, 2008), pois estimula os profissionais a se apropriarem do conhecimento necessário para realizarem as tarefas que lhes são atribuídas (AHRQ, 2011), assegurando a qualidade do atendimento ao paciente bem como a sobrevivência da instituição neste cenário de mudanças e competitividade (SILVA; CONCEIÇÃO; LEITE, 2008) onde conhecimentos básicos aprendidos se tornam obsoletos muito rapidamente.

Recentemente estudos reforçam a importância de processos educativos continuados, especialmente no cenário de terapia intensiva. Esses estudos apontam que a formação e a educação são fatores contribuintes para incidentes (HOLZMUELLER et al., 2005); evidenciando também que os profissionais de enfermagem manifestam a necessidade de capacitação para o desenvolvimento de técnicas específicas de UTI (SILVA; CONCEIÇÃO; LEITE, 2008).

Apesar do processo educativo ser uma necessidade constante durante o desenvolvimento profissional, talvez haja formação por parte das escolas não condizente com as demandas do trabalho, e isto pode implicar em uma necessidade maior de capacitação pelos profissionais conforme foi evidenciado. Tal situação representa mais um problema para as organizações de saúde, pois além do compromisso de garantir a atualização dos profissionais também têm que se ocupar com o ensino de princípios básicos da prática profissional.

O perfil jovem dos profissionais deste estudo tanto em relação a profissão como também ao trabalho em UTI, pode sugerir uma maior necessidade de aprendizado por não haver ainda uma experiência profissional diversificada, justificando-se tantas recomendações de capacitação.

O movimento da segurança do paciente vem agregando uma série de iniciativas para melhoria dos processos de assistência em saúde. Nas organizações de saúde existem várias situações que favorecem o desencadeamento de erros nos ambientes de trabalho da enfermagem; assim, mudanças nesses ambientes são necessárias para reduzir os erros e aumentar a segurança do paciente (PAGE, 2004). Parte-se da premissa que as organizações devem mudar no sentido de “tornar fácil fazer a

coisa certa, e difícil de fazer a coisa errada” (FLIN et al., 2009).

Dentre as recomendações dos profissionais de enfermagem deste estudo, emergiram sugestões como a criação de comissões de segurança do paciente, identificação do paciente, protocolos, dose unitária de medicação, dupla checagem, incentivo ao relato de erros e eventos adversos são importantes ações que vem sendo incentivadas pelos programas voltados para a segurança do paciente; demonstrando a sensibilização quanto a importância destas medidas para a segurança do paciente.

Além de processos de trabalho bem definidos, a tecnologia e dispositivos de cuidados também são necessários em todos os ambientes de trabalho da enfermagem. Nas UTIs, tais recursos, que incluem ventiladores, monitores, bombas de infusão dentre outros, são vitais para o cuidado e tratamento dos pacientes. No entanto, quando esses dispositivos não são submetidos a uma avaliação rigorosa para adequação no processo de seleção e aquisição, ou quando são usados indevidamente, podem contribuir para danos aos pacientes (SHOSTEK, 2007).

Sob a égide da segurança do paciente, a padronização de equipamentos e tecnologia é uma estratégia importante que tem sido estimulada para redução dos erros sob o ponto de vista de que a padronização reduz a dependência de memória e ajuda os indivíduos a utilizarem dispositivos e tecnologia de forma segura e eficiente. Além disso, salienta-se também que os equipamentos e tecnologia devem ser avaliados do ponto de vista da segurança do paciente antes de sua aquisição e implementação, incluindo-se avaliação das habilidades necessárias do usuário, as preocupações de engenharia, questões de controle de infecção dentre outras; sendo imprescindível que sejam testados antes da utilização e que possuam sistemas que identifiquem e antecipem os erros para evitá-los (SHOSTEK, 2007). Cabe considerar a extensão desses cuidados também aos materiais de consumo, cuja ampla variedade, implica em vigilância ainda maior.

Recomendações acerca da qualidade e disponibilidade de materiais e equipamentos foram frequentes para as duas UTIs deste estudo. Analisando-se essas recomendações, é importante salientar a preocupação em relação às camas, grades e restrições manifestadas pelos profissionais das duas UTIs, o que certamente reflete a necessidade de melhorias em relação a estes recursos do cuidado. No entanto, cabe considerar que em nosso meio a temática segurança do paciente ainda não é suficientemente estudada, conforme vem sendo idealizada na última década.

Embora as recomendações para a melhoria da segurança do paciente tenham sido similares em ambas as UTIs, em alguns casos



houve diferenças quanto a intensidade dessas recomendações. As recomendações dos profissionais da UTI 1 evidenciam a necessidade de melhorias principalmente quanto ao quantitativo de profissionais; em contrapartida, a UTI 2 aponta necessidade de intervenções para melhoria da comunicação em relação a mudanças nas rotinas e da comunicação entre as equipes.

Neste estudo, ao se comparar as recomendações dos profissionais com os escores de avaliação da cultura de segurança foram evidenciadas algumas relações. Por exemplo, as dimensões trabalho em equipe dentro das unidades e expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor / gerente receberam avaliações com maior escore de positividade o que poderia suscitar menos recomendações o que efetivamente ocorreu; por outro lado, as dimensões apoio da gestão para a segurança do paciente e percepção geral de segurança do paciente com menores escores de avaliação positiva, receberam grande número de recomendações.

Apesar dos instrumentos de avaliação da cultura de segurança do paciente possam ser considerados ferramentas confiáveis para a avaliação da cultura de segurança do paciente, particularmente o HSOPSC, há o reconhecimento de que aspectos mais profundos da cultura em termos de valores subjacentes, crenças e normas dentro de uma organização podem ser adequadamente capturadas por recursos complementares (NIEVA; SORRA, 2003) como foi o questionamento realizado neste estudo.

Houve limitação na categorização de algumas recomendações conforme as dimensões da cultura de segurança do HSOPSC, principalmente aquelas relacionadas a materiais, equipamentos e comportamento. Estudos desta natureza apontam a necessidade de realização de mais pesquisas com a utilização deste instrumento, particularmente no Brasil, de modo a melhor avaliar e/ou realizar modificações, tendo em vista que foi criado nos EUA a partir de sua realidade e necessidades específicas.

## REFERÊNCIAS

AHRQ (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY). **AHRQ's Patient Safety**: initiative efforts to reduce medical errors. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/qual/pscongrpt/psini2.htm> Acesso em 29 de outubro de 2011.

BECCARIA, L.M. et al. Eventos adversos na assistência de enfermagem

em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 21, n.3, p. 276-282, 2009.

BRUNT, B.A. **The Importance of Lifelong Learning in Managing Risks**. The Nursing Risk Management Series, 2001. Disponível em: <<http://www.nursingworld.org/mods/archive/mod311/cerm203.htm>>. Acesso em: 28 outubro 2011.

DAVIES, H.; NUTLEY, S.; MANNION, R. Organizational culture and quality of health care. **Quality & Safety in Health Care**, v.9, p. 111-119, 2000.

FLIN, R. et al. **Human Factors in Patient Safety: Review of Topics and Tools**. World Health Organization, 2009. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/research/methods\\_measures/human\\_factors/human\\_factors\\_review.pdf](http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf)>. Acesso em: 29 outubro 2011.

GALT, K.A.; PASCHAL, K.A. **Foundations in Patient safety for health professionals**. Massachusetts: Jones & Bartlett Learning, 2010. 245p.

GANDRA, J.J.; RAMALHO, W.; MARQUES, A.L. **Cultura de segurança**: potenciais e limites na prevenção dos acidentes. ARTIGO XI SIMPEP – Bauru, SP, 2004.

HSC (HEALTH AND SAFETY COMISSION). **Organizing for safety**: Third report of the human factors study group of ACSNI. London: HMSO, 1993.

HOFFMAN, D.; MARKS, B. An investigation of the relationship between safety climate and medication errors as well as other nurse and patient outcomes. **Personnel Psychology**, v. 59, n. 2, p. 847-869, Nov. 2006.

HOLZMUELLER, C.G. et al. Creating the web-based intensive care unit safety reporting system. **Journal da American Medical Informatics Association**, v. 12, n. 2, p. 130-139, Mar./Apr. 2005.

JACKSON, J.; SARAC, C.; FLIN, R. Hospital safety climate surveys: measurement issues. **Current Opinion in Critical Care**, v.16, n.6, p. 632-638, Dec. 2010.

KOHN, K.T.; CORRIGAN CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S. editors. **To err is human: building a safer health system**. Washington, DC: National Academy Press; 2000. Disponível em: <<http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371>>. Acesso em: 03 outubro 2011.

KSOURI, H. et al. Impact of morbidity and mortality conferences on analysis of mortality and critical events in intensive care practice. **American Journal of Critical Care**, v. 19, n. 2, p. 135-145, Mar. 2010.

LEAPE, L.L. New World of Patient Safety. **Arch Surg**, v. 144, n. 5, p. 394-398, May. 2009.

NIEVA, F.; SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Quality & Safety in Health Care**, 12 (suppl III), p. 17-23, 2003.

PAGE, A.E.K. **Keeping Patients Safe, Transforming the Work Environment for Nurses**. Washington, DC: National Academies Press, 2004.

PANOZZO, S.J. **Lessons to be learnt: evaluating aspects of patient safety culture and quality improvement within an intensive care unit**. 2007. 417p. Thesis (Doctor of Philosophy) - University of Adelaide, School of Psychology, 2007.

PEDREIRA, M.L.G.; HARADA, M.J.C.S. Prefácio. In: PEDREIRA, M.L.G.; HARADA, M.J.C.S. **Enfermagem dia a dia: segurança do paciente**. São Paulo: Yendis Editora, 2009. p.xiii-xv.

SHOSTEK, K. Critical care safety essentials. **Patient Safety & Quality Health care**, Sep./Oct. 2007. Disponível em: <<http://www.psqh.com/sepoct07/criticalcare.html>>. Acesso em: 31 outubro 2011.

SILVA, M.F.; CONCEIÇÃO, F.A.; LEITE, M.M.J. Educação continuada: um levantamento de necessidades da equipe de enfermagem. **O Mundo da Saúde**, v. 32, n. 1, p. 47-55, jan./mar. 2008.

SINGLA, A.K. et al. Assessing Patient Safety Culture: A Review and Synthesis of the Measurement Tools. **Journal, of Patient Safety**, v.2, n.

3, p. 105-115, Sept. 2006.

SORRA, J.S.; NIEVA, V.F. **Hospital survey on patient safety culture.**

Agency for Rockville: Healthcare Research and Quality, 2004.

Disponível em:

<<http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/usergd.htm>>. Acesso em 12 setembro 2010.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Promover a cultura de segurança tem sido um dos principais propósitos do movimento para a segurança do paciente na última década. Nesse sentido, estratégias de avaliação da cultura de segurança nas organizações de saúde têm sido estimuladas, pois além de tornarem possível a identificação das áreas com necessidade de melhorias e aumentar a consciência dos conceitos de segurança do paciente, também se pode avaliar a efetividade das intervenções e sua segurança ao longo do tempo e estabelecer metas internas e externas (NIEVA; SORRA, 2003).

Os resultados do presente estudo revelam uma cultura de segurança frágil, com potencial de melhoria para quase todos os itens que foram avaliados, tendo em vista os baixos percentuais de respostas positivas, quando comparados ao limite ideal sugerido pela AHRQ de 75% ou mais de positividade (SORRA; NIEVA, 2004), com seu Benchmark e resultados de outros estudos.

Apesar de a própria AHRQ admitir que este é um limite arbitrário e que as instituições podem optar pela adoção de limites de corte maiores ou menores (SORRA; NIEVA, 2004); mesmo assim, evidenciou-se uma cultura de segurança com baixas expectativas, pois a maioria das dimensões obteve escores abaixo de 50%. Dentre as dimensões com escores mais baixos destacam-se as dimensões “apoio da gestão para a segurança do paciente” (13,6%) e “respostas não punitivas aos erros” (17,4%).

Contudo, tais resultados devem ser interpretados a luz de algumas considerações. Primeiramente, embora a segurança do paciente seja uma preocupação crescente no Brasil, ainda há necessidade que seus propósitos adquiram maior abrangência e sejam incorporados de forma sistemática à assistência em saúde. O relato de eventos adversos, por exemplo, não é uma prática comum nas instituições de saúde no Brasil, como também não é a percepção do erro como oportunidade de melhoria. O que prevalece ainda são atitudes punitivas diante dos erros, com foco no profissional sem ser considerado o contexto mais amplo da ocorrência do erro. Isso é evidenciado frequentemente nos noticiários, no dia a dia de nossa prática profissional ou mesmo em nossos julgamentos e ações.

Convém destacar que essa mudança de concepção e atitude diante do erro, como também em relação a outros aspectos que envolvem a segurança do paciente como a importância do relato do erro, comunicação aberta envolvendo o paciente no seu cuidado dentre

outros, não é tão fácil como pode-se supor. Não envolve simplesmente mudança de regras, rotinas ou procedimentos, mas sim de aspectos culturais e comportamentais que foram construídos durante um longo período. Desse modo, seria ingênua a expectativa em relação a resultados mais positivos neste estudo, especialmente ao relato de erros e resposta não punitiva aos erros. Essas são questões que requerem um maior amadurecimento em relação a segurança do paciente. Mesmo em países desenvolvidos, pioneiros em relação a segurança do paciente, resultados recentes ainda apontam estas áreas como moderadas ou de potencial para a melhoria da segurança do paciente.

Mudanças relacionadas à cultura de segurança implicam em mudanças de atitude diante da ocorrência de erros, de forma que não sejam ignorados e nem banalizados. Consistem também em abandonar atitudes de crítica e reprovação ao identificar erros, atitudes comuns em nosso meio, de forma que o profissional não se sinta constrangido, acusado ou temeroso ao ser comunicado de prática de ato inseguro.

Importante observar que, nas respostas ao questionamento sobre sugestões para melhorar a segurança do paciente realizado aos profissionais de enfermagem das duas UTIs, ficou evidente a preocupação em relação às camas, grades e restrições, o que certamente reflete a necessidade de melhorias em relação a estes recursos para o cuidado. No entanto, cabe considerar que em nosso meio a temática segurança do paciente ainda não é estudada e aplicada na prática, assim, ao falarmos de segurança ainda é reforçada a acepção de segurança física, proteção física, o que é importante sim, mas é apenas uma parte do universo que envolve o fenômeno na segurança do paciente atualmente. Essa análise, reforça a necessidade de um entendimento sobre segurança que precisa ser ampliado.

Para que ocorram as mudanças que vem sendo estimuladas na última década em prol da segurança do paciente, esta deve ser adotada como uma prioridade estratégica pelas organizações de saúde e seus líderes. Aliás, o envolvimento da gestão é fundamental nesse processo. Os profissionais devem perceber que realmente existe interesse, envolvimento e investimento por parte dos gestores para a segurança do paciente, percepção que não é evidenciada entre os profissionais desse estudo. Canais de comunicação aberta devem ser estabelecidos entre gestores e profissionais que atuam na linha de frente. O compromisso da segurança deve envolver a organização em todos os seus níveis hierárquicos.

Nesse processo de mudança, a segurança do paciente precisa ser incorporada na formação e capacitação dos profissionais. É essencial

que as instituições de saúde promovam treinamentos abrangentes sobre segurança do paciente e suas ferramentas. Aliás, treinamentos e capacitações foram indicados por vários profissionais nas suas recomendações para melhoria da segurança do paciente, incluindo-se capacitações específicas em segurança do paciente.

Os resultados do estudo nas duas UTIs, também revelaram uma população relativamente jovem tanto na profissão como no trabalho em terapia intensiva. Assim, o alto número de sugestões para capacitação pode estar relacionado a necessidade de aprimoramento da prática profissional por esses profissionais.

O cuidado intensivo carrega consigo características que podem aumentar as chances para ocorrência de erros. Essas características também podem desencadear uma forma de relacionamento em equipe, comunicação, atitudes e ações peculiares aos grupos que atuam nesse ambiente. É provável que essas peculiaridades possam ter determinado as similaridades entre as duas UTIs para as dimensões avaliação do trabalho em equipe, percepção geral de segurança e frequência de eventos relatados. Por outro lado, diferenças significativas foram encontradas em relação as dimensões pessoal e *feedback* a respeito de erros demonstrando prioridades de segurança do paciente para cada uma das UTIs.

Essas prioridades dependem primordialmente do empenho dos gestores que devem estar sensibilizados para as necessidades manifestadas pelos profissionais e mais especificamente dos gerentes/supervisores no caso de *feedback* a respeito de erros, estes proporcionando melhorias na comunicação entre equipes, turnos e profissionais, de modo também que todos tenham acesso a informações importantes de mudanças ocorridas na unidade, uma necessidade evidenciada nas recomendações dos profissionais.

Devemos destacar que o papel do supervisor/ gerente, no caso desse estudo os enfermeiros de turno e chefias das unidades, também é fundamental para a segurança do paciente, pois além de funcionarem como canais de comunicação entre hierarquias superiores e profissionais da linha de frente e vice-versa, podem exercer importante atuação junto às equipes promovendo treinamentos, iniciativas e demonstrando atitudes voltadas para a segurança do paciente. Conhecemos com este estudo, percepções relativamente favoráveis relacionadas a esses profissionais, principalmente ao considerarem as sugestões para melhorar a segurança do paciente e de não sacrificarem a segurança para que mais trabalho seja realizado.

Outro aspecto da cultura de segurança do paciente das duas UTIs que obteve destaque pelas melhores avaliações foi o trabalho em equipe na unidade. Apesar dos profissionais perceberem dificuldades de comunicação, de pessoal e apoio das hierarquias superiores para a segurança do paciente, eles se apóiam e procuram trabalhar juntos e em equipe, especialmente quando muito trabalho precisa ser realizado.

Ainda, salientando os aspectos positivos dos resultados desse estudo, observamos que nas recomendações dos profissionais emergiram sugestões como comunicação aberta sobre erros, criação de comissões de segurança do paciente, identificação do paciente, protocolos, dose unitária de medicação, dupla checagem e incentivo ao relato de erros e eventos adversos. Isso demonstra que já existe por parte dos profissionais a sensibilização quanto a importância destas medidas para a segurança do paciente.

Diante disso, cabe considerar que os resultados obtidos com esse tipo de avaliação além de mobilizar esforços para melhoria de aspectos considerados frágeis na cultura de segurança do paciente, também devem envolver ações para reforçar situações que demonstraram ser favoráveis.

No contexto da segurança do paciente, a enfermagem pode contribuir primorosamente, pois sua prática profissional permite que vivencie e perceba diariamente situações de risco ao paciente, que se forem evidenciadas podem constituir importante subsídio para o gerenciamento do cuidado em relação à segurança do paciente. Dessa forma, estudos de avaliação da cultura de segurança do paciente utilizando instrumentos pré-elaborados devem considerar a possibilidade dos profissionais também poderem emitir opiniões, sugestões, recomendações, a exemplo da pergunta qualitativa complementar ao questionário de avaliação da cultura de segurança do paciente desse estudo. Deste modo, é ressaltada a importância do reconhecimento que as recomendações apresentadas pelos profissionais podem ter sobre a cultura de segurança, complementando os dados obtidos a partir dos instrumentos desenvolvidos. Isto também é indício de uma cultura aberta, justa, construtiva e pró-ativa.

Cumpramos observar que o diagnóstico da segurança do paciente não é fixo, mas sim reflete a situação de um determinado momento ou período da unidade ou instituição. Desta maneira, períodos de mudança, sejam eles favoráveis ou não, certamente determinaram variações no clima de segurança. Destaca-se que no período em que foi realizado esse estudo, as duas UTIs estavam passando por mudanças tais como abertura de novos leitos, chegada de novos funcionários que estavam se



adaptando ao serviço e rotinas, dentre outras que podem ter influenciado nos resultados do estudo. Por isso, se preconiza a realização periódica de pesquisas para avaliação da cultura de segurança, pois um problema que está em evidência hoje pode não ser no ano seguinte.

Em relação ao instrumento de avaliação da cultura de segurança do paciente utilizado, este estudo mostrou que o mesmo não pode ser aplicado tal qual foi idealizado, especificamente no que se refere ao item relato de eventos, pois ainda não existe institucionalizado esse relato nos locais onde foi realizada a pesquisa. Este aspecto já tinha sido previsto antes da sua realização, motivo pelo qual foi modificado o texto dessa questão. Entendemos que um evento informado por meio de uma notificação por escrito, com possibilidade de ser anônima e que vai ser analisado por um grupo voltado para isto, seja diferente de um evento comunicado verbalmente para o supervisor ou gerente. Não em relação a importância e tratamento que deve ser dado a ambos, mas no sentido que talvez a primeira forma seja mais marcante para quem informa e talvez a resposta para o item do *survey* seja mais precisa.

Ainda quanto ao instrumento, ao analisar as recomendações dos profissionais para a segurança do paciente, pudemos constatar sugestões voltadas para materiais, equipamentos e aspectos comportamentais. Isso demonstra que talvez seja necessário a realização de alterações no instrumento de modo a captar esses problemas, o que pode ser reforçado ou não por estudos futuros.

Para as UTIs e em extensão para as instituições onde foi realizado este estudo, seus resultados podem ser importantes, tanto no sentido de se estabelecer prioridades em relação a segurança do paciente como também de parâmetro para estudos futuros.

Para o COSEP, seus resultados constituem importante fonte de informação que pode ser aproveitada para seu plano de trabalho, capacitações e outras iniciativas que vem desenvolvendo.

O estudo apresentou limitações principalmente relacionadas ao instrumento de avaliação da cultura de segurança utilizado, pois este ainda não foi validado no Brasil. Uma dessas limitações consistiu em a notificação de erros e eventos adversos ainda não ser uma prática nos locais onde foi realizado este estudo conforme citado anteriormente.

Outra limitação relacionada o instrumento foi o questionamento feito com relação ao número de horas trabalhadas na instituição que não reflete a carga horária real dos profissionais tendo em vista a existência de outros vínculos de trabalho, o que é comum entre os profissionais de enfermagem na realidade brasileira.

Diante disso, além da validação do instrumento, se faz necessário

sua ampla utilização abrangendo diferentes categorias profissionais bem como cenários distintos de assistência em saúde no Brasil, cujos resultados além de servirem de referência para outros estudos também possam balizar metas a serem alcançadas pelas instituições.

## REFERÊNCIAS

AHRQ (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY). At A Glance. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2011a. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/about/ata glance.htm>>. Acesso em: 07 novembro 2011.

\_\_\_\_\_. **Hospital survey on patient safety culture**. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2011b. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/hospsurvindex.htm>>. Acesso em: 10 novembro 2011.

\_\_\_\_\_. **Patient safety network**: Glossary. University of California, San Francisco, 2011c. Disponível em: <http://psnet.ahrq.gov/glossary.aspx> Acesso em 02 de outubro de 2011.

ANDREOLI, A. Using SBAR to Communicate Falls Risk and Management in Inter-professional Rehabilitation Teams. **Healthcare Quarterly**, v.1, p.394-101, 2010.

ARMELLINO, D.; QUINN GRIFFIN, M.T.; FITZPATRICK, J.J. Structural empowerment and patient safety culture among registered nurses working in adult critical care units. **Journal of Nursing Management**, v.7, n. 18, p. 796-803, oct. 2010.

BASS, B.; AVOLIO, B., editors. **Improving organizational effectiveness through transformational leadership**. New Iork: Sage, 1994.

BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. **Principles of Biomedical Ethics** . New York: Oxford University Press, 2001.

BEBÊ tem parte do dedo cortado em hospital de São Paulo. Folha Vitória, Vitória, 31 de janeiro de 2011. Disponível em: <<http://www.folhavitoria.com.br/geral/noticia/2011/01/bebe-tem-parte-do-dedo-cortado-em-hospital-de-sp.html>>. Acesso em: 04 outubro 2011.

BECCARIA, L.M. et al. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia . Intensiva** [online], v.21, n.3, p. 276-282, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n3/a07v21n3.pdf>>. Acesso em: 10 novembro 2011.

BOYLE, S.M . Nursing unit characteristics and patient outcomes. **Nursing Economics**, v.22, p. 111–123, 2004.

BRASIL. Decreto n. 7.082 de 27 de janeiro de 2010. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais-REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 10 de janeiro de 2010a [edição extra]. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.htm)>. Acesso em: 07 novembro 2011.

\_\_\_\_\_. Universidade Federal de Santa Catarina. **Portaria n. 140/DG-HU**, de 09 de outubro de 2010. O Diretor Geral do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina no uso de suas atribuições, e em conformidade com o programa de Gestão de Assistência, resolve designar os membros relacionados para compor o Comitê de Segurança do Paciente do Hospital Universitário/UFSC. Florianópolis, 2010b .

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução – RDC nº 7 de 24 de fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento da Unidade de Terapia Intensiva e dá outras

providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, de 23 de fevereiro de 2010c. Disponível em: <<http://brasilsus.com.br/legislacoes/rdc/102985-7.html>>. Acesso em 17 de novembro de 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Proqualis:** aprimorando as práticas de saúde. 2009. Disponível em: <<http://proqualis.net>>./ Acesso em: 05 outubro 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Anvisa:** Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2005. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/anvisa/home>>. Acesso em: 05 outubro 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3432, de 12 de agosto de 1998.** Estabelece critérios de classificação para as unidades de tratamento intensivo – UTI. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, de 13 agosto de 1998. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT98/GM/PRT-3432.pdf>>. Acesso em: 06 novembro 2011.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96.** Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/res19696.htm>>. Acesso em: 25 outubro 2011.

**BOLETIM INFORMATIVO PROQUALIS. Publicação gerencial do Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente - PROQUALIS .** Rio de Janeiro, v. 1, n.4, out./ nov., 2010.

BRENNAN, T.A. et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients : results of the Harvard Medical Practice Study I. **New England Journal of Medicine**,v. 324, n. 6, p. 370-376, Feb. 1991. Disponível

em:<<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199102073240604>>.  
Acesso em: 07 novembro 2011.

BRODY, J.E. A Mix of Medicines That Can Be Lethal. **The New York Times**, New York, 27 fev. 2007. Disponível em: <<http://www.nytimes.com/2007/02/27/health/27brody.html?n=Top/News/Health/Diseases,%20Conditions,%20and%20Health%20Topics/Antidepressants>>. Acesso em: 23 janeiro 2012.

BRUNT, B.A. **The Importance of Lifelong Learning in Managing Risks**. The Nursing Risk Management Series, 2001. Disponível em: <<http://www.nursingworld.org/mods/archive/mod311/cerm203.htm>>  
Acesso em: 28 outubro 2011.

CASSIANI, S.H.B. Enfermagem e a Pesquisa sobre Segurança dos Pacientes. [Editorial]. **Acta Pauista de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. vii-viii, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n6/01.pdf>>. Acesso em: 07 novembro 2011.

CASTRO, J. E.C. et al. **Gutis: Guia da UTI Segura**. 1. ed. São Paulo: Associação de Medicina Intensiva Brasileira, 2010. Disponível em: <[http://www.orgulhodeserintensivista.com.br/PDF/Orgulho\\_GUTIS.pdf](http://www.orgulhodeserintensivista.com.br/PDF/Orgulho_GUTIS.pdf)>. Acesso em: 07 novembro 2011.

CANINEU, R. et al. Iatrogenia em medicina intensiva. . **Revista brasileira de Terapia Intensiva**, v. 18, n. 1, p. 94-99, jan./mar. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v18n1/a15v18n1.pdf>>. Acesso em: 10 novembro 2011.

CHEVRAU, F.R. **Maîtrise des risques industriels et la culture de sécurité: le cas de la chimie pharmaceutique..** 2008. 254 p. These (These grade de Docteur – Spécialité “Sciences et Génie des Activités à Risques”)- Ecole de Mines de Paris, Paris, 2008. Disponível em: <[http://bib.rilk.com/4750/01/FR\\_CHEVREAU\\_These.pdf](http://bib.rilk.com/4750/01/FR_CHEVREAU_These.pdf)>. Acesso em:

07 novembro 2011.

CLARKE, S. Perceptions of organisational safety; implications for the development of safety culture. **Journal of Organizational Behavior**, v. 20, p. 185–198, 1999. Disponível em: <[http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)1099-1379\(199903\)20:2%3C185::AID-JOB892%3E3.0.CO;2-C/pdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1099-1379(199903)20:2%3C185::AID-JOB892%3E3.0.CO;2-C/pdf)>. Acesso em: 07 novembro 2011.

CLINCO, S.D.O. **O hospital é seguro?** Percepções de profissionais de saúde sobre segurança do paciente. 2007. 98p. Dissertação (Mestrado em Administração) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/4900/106674.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 10 novembro 2011.

COLLA, J.B et al. Measuring patient safety climate: a review of surveys. **Quality & Safety in Health Care**, v. 14, n. 5, p. 364-366, Oct. 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1744072/pdf/v014p00364.pdf>>. Acesso em: 07 novembro 2011.

COFEN (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM). **Resolução Cofen nº 311/2007**. Código de ética dos profissionais de enfermagem. Fevereiro de 2007. Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4158>>. Acesso em: 20 outubro 2011.

COMETTO, M.C. et al. **Enfermería y seguridad de los pacientes**. 1. ed. Organización Panamericana de La Salud, 2011.

COREN-SP (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO). **Enfermagem para a segurança do paciente**. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://inter.coren-sp.gov.br/node/4908>>. Acesso em: 05 outubro 2011.

COOK, R.I; WOODS, D.D; MILLER, C. **A Tale of Two Stories:** Contrasting Views of Patient Safety. North Adams, MA: US National Patient Safety Foundation, 1998. Disponível em: <<http://www.ctlab.org/documents/A%20Tale%20of%20Two%20Stories.pdf>>. Acesso em: 03 outubro 2011.

COOPER, M.D. Towards a Model of Safety Culture. **Safety Science**, v.36, p.111-136, 2000. Disponível em: <[http://www.behavioral-safety.com/articles/Towards\\_a\\_model\\_of\\_safety\\_culture.pdf](http://www.behavioral-safety.com/articles/Towards_a_model_of_safety_culture.pdf)>. Acesso em: 09 novembro 2011.

COX, S; FLIN, R. Safety culture: Philosopher's stone or man of straw. **Work stress**, v. 12, p. 189-201, 1998.

DAVIES, H.; NUTLEY, S.; MANNION, R. Organizational culture and quality of health care. **Quality & Safety in Health Care**, v.9, p. 111-119, 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743521/pdf/v009p00111.pdf>>. Acesso em: 07 novembro 2011.

DAVIS, P. et al. Adverse Events in New Zealand Public Hospitals: Principal Findings from a National Survey. **Occasional Paper**, n.3, Dez. 2001. Disponível em: <[http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/7004be0c19a98f8a4c25692e007bf833/d255c2525480c8a1cc256b120006cf25/\\$FILE/AdverseEvents.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/7004be0c19a98f8a4c25692e007bf833/d255c2525480c8a1cc256b120006cf25/$FILE/AdverseEvents.pdf)>. Acesso em: 07 novembro 2011.

DOH (DEPARTMENT OF HEALTH). **An organization with a memory:** learning from adverse events in the NHS. London: The Stationery Office, 2000.

DESIDÉRIO, M. Polícia ouve médicos de hospital onde menina pode ter recebido vaselina em SP. **Folha.com**, São Paulo, 06 de dezembro de 2010. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/841391-policia-ouve-medicos-de-hospital-onde-menina-pode-ter-recebido>>.



vaselina-em-sp.shtml>. Acesso em: 04 outubro 2011.

DICKENS, D.; SINSABAUGH, D.; WINGER, B. Primum Non Nocere. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, v. 1620, n. 11, p. 1185, 2006.

DOLCI, G.F et al. Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. **Cirugía y Cirujanos**, v. 78, n. 6, p. 527-532, nov./dec. 2010.

FELKNOR, S. et al. Safety climate and its association with injuries and safety practices in public hospitals in Costa Rica. **International Journal of Occupational and Environmental Health**, v. 6, p. 18–25, 2000.

FENG, X.Q. et al. The relationship between management safety commitment and patient safety culture. **International Nursing Review**, v. 58, n. 2, p. 249-254, June 2011. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-7657.2011.00891.x/pdf>>. Acesso em: 07 novembro 2011.

FERLIE, E.B; SHORTELL, S M . Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: A framework for change. **TheMilbank Quarterly**, v.79, n.2, p. 281-315, 2001. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1468-0009.00206/pdf>>. Acesso em: 07 novembro 2011.

FLIN, R. Measuring safety culture in healthcare: A case for accurate diagnosis. **Safety Science**, v. 45, n. 6, p.653-667, 2007. Disponível em: <[http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=MiamiImageURL&\\_cid=271730&\\_user=687353&\\_pii=S0925753507000203&\\_check=y&\\_origin=&\\_coverDate=31-Jul-2007&view=c&wchp=dGLbVIV-zSkzS&md5=e958c41c5d4ab39caf2af13d19d3d5c8/1-s2.0-S0925753507000203-main.pdf](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MiamiImageURL&_cid=271730&_user=687353&_pii=S0925753507000203&_check=y&_origin=&_coverDate=31-Jul-2007&view=c&wchp=dGLbVIV-zSkzS&md5=e958c41c5d4ab39caf2af13d19d3d5c8/1-s2.0-S0925753507000203-main.pdf)>. Acesso em: 10 novembro 2011.

FLIN, R. et al. **Human Factors in Patient Safety: Review of Topics and Tools**. World Health Organization, 2009. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/research/methods\\_measures/human\\_factors/human\\_factors\\_review.pdf](http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf)>. Acesso em: 29 outubro 2011.

FLIN, R. et al. Measuring safety climate in health care. **Quality & Safety in Health Care**, v. 15, n. 2, p. 109–115, Apr. 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2464831/pdf/109.pdf>>. Acesso em 10 de novembro de 2011.

FLIN, R.; YULE, S. Leadership for safety: industrial experience. **Quality & Safety in Health Care**, v. 13, p.45-51, Dec. 2004. Supplement 3. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765800/pdf/v013p0ii45.pdf>>. Acesso em: 07 novembro 2011.

FLIN, R. et al. Measuring safety Climate: Identifying the common features. **Safety Science**, v. 34, p. 177 – 192, 2000. Disponível em: <<http://www.abdn.ac.uk/iprc/documents/Measuring%20Safety%20Climate...%20FLIN.MEARN.S.OCONNOR%2020205.pdf>>. Acesso em: 07 novembro 2011.

FRANCO, A. La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. **Colombia Médica**, v. 32, n. 2, p. 130-133, abr./jun. 2005.

GALT, K.A.; PASCHAL, K.A. **Patient safety health professionals**. Massachusetts: Jones & Bartlett Learning, 2010. 245p.

GANDRA, J.J.; RAMALHO, W.; MARQUES, A.L. **Cultura de segurança: potenciais e limites na prevenção dos acidentes**. ARTIGO XI SIMPEP – Bauru, SP, 2004.

GAWRON, V.J. Medical errors and human factors engineering: where

are we now? **American Journal of Medical Quality**, v. 21, n. 1, v. 57–67, 2006. Disponível em:  
 <<http://ajm.sagepub.com/content/21/1/57.long>>. Acesso em: 10 novembro 2011.

GELINAS, L.S.; LOH, D.Y. The effect of workforce issues on patient safety. **Nursing Economics**, v. 22, n. 5, p. 266-272, Sep./Oct. 2004.

GOMES, A.Q.F. **Iniciativas para segurança do paciente difundidas pela Internet por organizações internacionais: estudo exploratório**. Dissertação (Mestrado em Ciências na Área de Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2008.

GULDENMUND, FW. The nature of safety culture: a review of theory and research. **Safety Science**, v. 34, n. 1-3, p. 215-257, 2000. Disponível em: <<http://academics.ewi.tudelft.nl/live/binaries/55e4afad-b4c5-4e33-b60c-68a9c6bcfc3c/doc/safetyscience2000.pdf>>. Acesso em: 07 novembro 2011.

HAIR, J. R. J. et al. **Fundamentos de métodos de pesquisa em Administração**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HAUKELID, K. Theories of (safety) culture revisited-An anthropological approach. **Safety Science**, v. 46, n. 3, p. 413-426, 2008. Disponível em:  
 <[http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=ImageURL&\\_cid=271730&\\_user=687353&\\_pii=S0925753507000744&\\_check=y&\\_origin=&\\_coverDate=31-Mar-2008&view=c&wchp=dGLbVIVzSkzk&md5=78db25b6916dd441a52496d290531175/1-s2.0-S0925753507000744-main.pdf](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ImageURL&_cid=271730&_user=687353&_pii=S0925753507000744&_check=y&_origin=&_coverDate=31-Mar-2008&view=c&wchp=dGLbVIVzSkzk&md5=78db25b6916dd441a52496d290531175/1-s2.0-S0925753507000744-main.pdf)>. Acesso em: 07 novembro 2011.

HSC (HEALTH AND SAFETY COMMISSION). **Organizing for safety: Third report of the human factors study group of ACSNI**. Sudbury: HSE Books, 1993.

HSE (HEALTH AND SAFETY EXECUTIVE). **A review of safety culture and safety climate literature for the development of the safety culture inspection toolkit**: Research report 367. Bristol: Human Engineering, 2005. Disponível em: <<http://www.hse.gov.uk/research/rrpdf/rr367.pdf>>. Acesso em: 09 novembro 2011.

HOFFMAN, D.; MARKS, B. An investigation of the relationship between safety climate and medication errors as well as other nurse and patient outcomes. **Personnel Psychology**, v. 59, n. 2, p. 847-869, Nov. 2006.

HOLZMUELLER, C.G. et al. Creating the web-based intensive care unit safety reporting system. **Journal da American Medical Informatics Association**, v. 12, n. 2, p. 130-139, Mar./Apr. 2005.

HOSPITAL Settles Case of Amputation Error. **The New York Times**, New York, 12 may. 1995. Disponível em: <<http://www.nytimes.com/1995/05/12/us/hospital-settles-case-of-amputation-error.html>>. Acesso em: 23 janeiro 2012.

HUDSON, P. Applying the lessons of risk industries to health care. **Quality & Safety Health Care**, v. 12, p. 7-12, 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765769/pdf/v012p000i7.pdf>>. Acesso em: 07 novembro 2011.

HUGHES, R. First, do no harm. Avoiding the near misses: taking into account one ever-present factor: human fallibility. **American Journal of Nursing**, v. 104, n.5, p. 81-84, 2004. Disponível em: <<http://www.nursingcenter.com/pdf.asp?AID=503368>>. Acesso em: 10 novembro 2011.

ILAN, R.; FOWLER, R. Brief history of patient safety culture and science. **Journal of Critical Care**, v. 20, n. 1, p. 2-5, Mar. 2005.

Disponível em:

<[http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=MiamiImageURL&\\_cid=272986&\\_user=687353&\\_pii=S0883944105000043&\\_check=y&\\_origin=&\\_coverDate=31-Mar-2005&view=c&wchp=dGLbVBAzSkWz&md5=bfde8042199b2320360ab2d4942fc87d/1-s2.0-S0883944105000043-main.pdf](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MiamiImageURL&_cid=272986&_user=687353&_pii=S0883944105000043&_check=y&_origin=&_coverDate=31-Mar-2005&view=c&wchp=dGLbVBAzSkWz&md5=bfde8042199b2320360ab2d4942fc87d/1-s2.0-S0883944105000043-main.pdf)>. Acesso em: 10 novembro 2011.

IHI (INSTITUTE OF HEALTHCARE IMPROVEMENT). **5 Million Lives Campaign**. Disponível em:

<<http://www.ihi.org/offerings/Initiatives/PastStrategicInitiatives/5MillionLivesCampaign/Pages/default.aspx>> Acesso em: 07 novembro 2011.

\_\_\_\_\_. **Leadership guide to patient safety**: resources and tools for establishing and maintaining patient safety. Cambridge: University Road, 2005.

INSAG (INTERNATIONAL NUCLEAR SAFETY ADVISORY GROUP). **Safety Culture**: A report by the International Nuclear Safety Advisory Group - Safety-Series 75-INSAG-4). International Atomic Energy Agency: Vienna, 1991.

IOM (INSTITUTE OF MEDICINE). **Crossing the Quality Chasm**: A New Health System for the 21st Century. Washington, D.C: National Academy Press, 2001.360p.

ITOH, K. et al. A survey of safety culture in hospitals including staff attitudes about incident reporting. In: **Paper Presented at the Workshop on the Investigation and Reporting of Incidents and Accidents**, Glasgow, July 2002. Disponível em:

<[http://www.dcs.gla.ac.uk/~johnson/iria2002/IRIA\\_2002.pdf](http://www.dcs.gla.ac.uk/~johnson/iria2002/IRIA_2002.pdf)>. Acesso em: 10 novembro 2011.

JABLON, R. Quaid and wife sue drug maker. **USA Today**, Virginia, 12 apr. 2007. Disponível em: < <http://www.usatoday.com/life/people/2007->

12-04-quaid-lawsuit\_N.htm>. Acesso em: 23 janeiro 2012.

JACKSON, J.; SARAC, C.; FLIN, R. Hospital safety climate surveys: measurement issues. **Current Opinion in Critical Care**, v.16, n.6, p. 632-638, Dec. 2010.

JOSIE KING FOUNDATION. **Creating a culture of patient safety, together**. Disponível em: <<http://www.josieking.org/page.cfm?pageID=1>>. Acesso em: 20 outubro 2011.

KNIBEL, M.F.; RODERJAN, C.N. **Segurança do paciente na UTI: Uma visão geral**. Medscape. Disponível em: <<http://www.medcenter.com/medscape/content.aspx?id=30051&langType=1046>>. Acesso em: 06 novembro 2011.

KOHN, K.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S editors. **To err is human: building a safer health system**. Washington: National Academy Press; 2000. Disponível em: <<http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371>>. Acesso em: 03 outubro 2011.

KSOURI, H. et al. Impact of morbidity and mortality conferences on analysis of mortality and critical events in intensive care practice. **American Journal of Critical Care**, v. 19, n. 2, p. 135-145, Mar. 2010.

LEAPE, L.L. New world of patient safety. **Archives of Surgery**, v. 144, n. 5, p. 394-398, May. 2009. Disponível em: <<http://archsurg.ama-assn.org/cgi/reprint/144/5/394.pdf>> . Acesso em: 07 novembro 2011.

\_\_\_\_\_. Scope of problem and history of patient safety. **Obstetrics & Gynecology Clinics of North America**, v. 35, n. 1, p. 1-10, Mar. 2008. Disponível em:

<[http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=MiamiImageURL&\\_cid=273330&\\_user=687353&\\_pii=S0889854507001180&\\_check=y&\\_origin=&\\_coverDate=31-Mar-2008&view=c&wchp=dGLbVBA-zSkWz&md5=1389db587f2ae8e531ff9aa66a2c668c/1-s2.0-S0889854507001180-main.pdf](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MiamiImageURL&_cid=273330&_user=687353&_pii=S0889854507001180&_check=y&_origin=&_coverDate=31-Mar-2008&view=c&wchp=dGLbVBA-zSkWz&md5=1389db587f2ae8e531ff9aa66a2c668c/1-s2.0-S0889854507001180-main.pdf)>. Acesso em: 07 novembro 2011.

\_\_\_\_\_. Error in medicine. **Jama**, v. 272, n. 23, p. 1851-1857, Dez. 1994.

LEAPE, L.L. et al. Promoting Patient Safety by Preventing Medical Error. **The Journal of the American Medical Association**, n. 16, v. 280, p. 1444-1447, Oct. 1998.

LINO, M.M.; SILVA, S.C. Enfermagem na unidade de terapia intensiva: a história como explicação de uma prática. **Nursing**, v. 41, n.4, p.25-29, 2001.

LOEFLER, I. Why the Hippocratic ideals are dead. *BMJ*, v. 324, n. 7351, p. 1463, June 2002. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/324/7351/1463.1.full>>. Acesso em: 07 novembro 2011.

LEONARD, M.; GRAHAM, S.; BONACUM, D. The human factor: the critical importance of effective teamwork na communication in providing safe care. **Quality & Safety Health Care**, v. 13, p. 85-90, Oct. 2004. Supplement 1. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765783/pdf/v013p00i85.pdf>>. Acesso em: 07 novembro 2011.

MAHLMEISTER, L.R. Human factors and error in perinatal care: the interplay between nurses, machines, and the work environment. **The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing**, v. 24, n. 1, p. 12-21, Jan./Mar. 2010.

MANOJLOVICH, M.; DECICCO, M.S. Healthy Work Environments, Nurse-Physician Communication, and Patients' Outcomes. **American Journal of Critical Care**, v. 16, p. 536-543, 2007. Disponível em: <<http://ajcc.aacnjournals.org/content/16/6/536.full.pdf+html>>. Acesso em: 10 novembro 2011.

MARTIN, J.; SIEHL, C. Organizational culture & counterculture: An uneasy symbiosis. **Organizational Dynamics**, v.12, p. 52-64, 1983.

MILLS, D.H. Medical insurance feasibility study: a technical summary. **The Western Journal of Medicine**, v. 128, n. 4, p. 360-365, Apr. 1978. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1238130/pdf/westjmed00260-0108.pdf>>. Acesso em: 07 novembro 2011.

MORENO, R.P.; RHODES, A.; YOEL, D. Patient safety in intensive care medicine: the Declaration of Vienna. **Journal of Intensive Care Medicine**, v. 35, n.10, p. 1667-1672, Out. 2009. Disponível em: <[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2749175/pdf/134\\_2009\\_Article\\_1621.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2749175/pdf/134_2009_Article_1621.pdf)>. Acesso em: 10 novembro 2011.

NASCIMENTO, A. Sécurité des patients et culture de sécurité: une revue de la littérature. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.8, p. 3591-3602, août. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000900027&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000900027&script=sci_arttext)>. Acesso em: 07 novembro 2011.

NASSAR, S.M et al. **SEstatNet** - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. Florianópolis - SC, Brasil. Disponível em: <<http://www.sestat.net>>. Acesso em: 24 novembro 2010.

NEAL, A.; GRIFFIN, M.A. A Study of the Lagged Relationships Among Safety Climate, Safety Motivation, Safety Behavior, and Accidents at the Individual and Group Levels. **Journal of Applied**



**Psychology**, v. 91, n. 4, p.946-953, 2006. Disponível em:  
<[http://griffin.zydec.net.au/publications/neal\\_griffin\\_jap.pdf](http://griffin.zydec.net.au/publications/neal_griffin_jap.pdf)>. Acesso em: 09 novembro 2011.

QUINTO NETO, A. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. **Revista de Administração em Saúde**, v. 8, n. 33, out./dez. 2006. Disponível em:<[http://www.cqh.org.br/files/RAS33\\_seguranca.pdf](http://www.cqh.org.br/files/RAS33_seguranca.pdf)>. Acesso em: 07 novembro 2011.

NEWMAN, D.M. **Sociology**: exploring the architecture of everyday life. 3. ed. Thousand Oaks, CA: Pine Forge Press, 2000. 594 p.

NIEVA, V.F.; SORRA, J.S. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Quality & Safety in Health Care**, v. 12, Suppl 2, p. ii17-23, Dez. 2003. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765782/pdf/v012p0ii17.pdf>>. Acesso em: 07 novembro 2011.

NIGHTINGALE, F. **Notes on Hospitals**. 3. ed. London: Longman, Green, Longman, Roberts, and Green 1863. Disponível em:<[http://www.archive.org/stream/cu31924012356485/cu31924012356485\\_djvu.txt](http://www.archive.org/stream/cu31924012356485/cu31924012356485_djvu.txt)>. Acesso em: 07 novembro 2011.

NOVAES, H.M.; PAGANINI, J.M. **Desenvolvimento e fortalecimento dos sistemas locais de saúde na transformação dos sistemas nacionais de saúde**: padrões e indicadores de qualidade para hospitais (Brasil). Washington: Organização Panamericana de Saúde, 1994.

ONA (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO). **Acreditação**: um processo que visa segurança do paciente e redução de erros médicos. Disponível em:  
<<https://www.ona.org.br/Noticia/118/Acreditacao-um-processo-que-visa-seguranca-do-paciente-e-reducao-de-erros-medicos>>. Acesso em:

28 setembro 2011.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (Org.).  
Enfermería y seguridad de los pacientes. Washington: Organización  
Panamericana de la Salud, 2011.

PAESE, F. **Cultura da Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde**. 2010. 181p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

PAGE, A. **Keeping patients safe: transforming the work environment of nurses**. Washington: The National Academies Press, 2004.

PANOZZO, S.J. **Lessons to be learnt: evaluating aspects of patient safety culture and quality improvement within an intensive care unit**. 2007. 417p. Thesis (Doctor of Philosophy) - University of Adelaide, School of Psychology, 2007.

PASQUALI, L. Psicometria. **Revista da Escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v.43, dez. 2009. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000500002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000500002)>. Acesso em: 02 outubro 2010.

PEDREIRA, M.L.G. Erro humano no sistema de saúde. In: PEDREIRA, M.L.G.; HARADA, M.J.C.S. **Enfermagem dia a dia: segurança do paciente**. São Paulo: Yendis Editora, 2009a. p. 3-22.

\_\_\_\_\_. Enfermagem para a segurança do paciente. In: \_\_\_\_\_.; HARADA, M.J.C.S. **Enfermagem dia a dia: segurança do paciente**. São Paulo: Yendis Editora, 2009b. p. 23-32.

\_\_\_\_\_.; HARADA, M.J.C.S. **Enfermagem dia a dia**: segurança do paciente. São Paulo: Yendis Editora, 2009. 214p.

PEREIRA JÚNIOR, G.A. et al. O papel da Unidade de Terapia Intensiva no manejo do trauma. **Medicina-Ribeirão Preto**, v. 32, p. 419-437, out./dez. 1999. Disponível em:  
<[http://www.fmrp.usp.br/revista/1999/vol32n4/o\\_papel\\_uti\\_manejo\\_trauma.pdf](http://www.fmrp.usp.br/revista/1999/vol32n4/o_papel_uti_manejo_trauma.pdf)>. Acesso em: 06 novembro 2011.

PIRES, J.C.S.; MACÊDO, K.B. Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 40, n. 1, p. 81-105, jan./fev. 2006. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/rap/v40n1/v40n1a05.pdf>>. Acesso em: 07 novembro 2011.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**: avaliação das evidências para a prática da enfermagem. Tradução de Regina de Sales. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670p.

PORTO, C.A. Nota oficial do COREN-SP sobre o caso da menina Stephanie dos Santos Teixeira. **Enfermagem News**, 17 de dezembro de 2010.

PBSP (PROGRAMA BRASILEIRO DE SEGURANÇA DO PACIENTE). **Introdução**. Disponível em:  
<<http://www.segurancadopaciente.com/estrutura.php>>. Acesso em: 04 novembro 2011.

PRONOVOST, P. et al: Toward learning from patient safety reporting systems. **Journal of Critical Care**, v. 21, p. 305-315, 2006.

RAFFERTY, A.M. et al. Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. **International Journal of Nursing Studies**, v. 44, p.

175-182, 2007.

RAMANUJAM, R.; KEYSER, D. J.; SIRIO, C. A. Making a case for organizational change in patient safety initiatives. In: HENRIKSEN, K. et al. **Advances in patient safety: From research to implementation**. Rockville: AHRQ, v. 2, p. 455-465, 2005.

READER, T.W. et al. Developing a team performance framework for the intensive care unit. **Critical Care Medicine**, v. 37, n. 5, p. 1787-1793, May. 2009.

\_\_\_\_\_.; et al. Interdisciplinary communication in the intensive care unit. **British Journal of Anaesthesia**, v. 98, n. 03, p. 347-352, Feb. 2007. Disponível em:  
<<http://bj.oxfordjournals.org/content/98/3/347.full.pdf+html>>. Acesso em: 07 novembro 2011.

\_\_\_\_\_.; et al. Non-technical skills in intensive care. **British Journal of Anaesthesia**, 96, 551-559, Mar. 2006. Disponível em:  
<<http://bj.oxfordjournals.org/content/96/5/551.full.pdf+html>>. Acesso em: 07 novembro 2011.

REASON, J. Human error: models and management. **British Medical Journal**, v. 320, n. 7237, p. 768-770, 2000. Disponível em:  
<<http://www.bmj.com/content/320/7237/768.full.pdf>>. Acesso em: 07 novembro 2011.

\_\_\_\_\_. **Organizational Accidents: The Management of Human and Organizational Factors in Hazardous Technologies**. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.

\_\_\_\_\_. **Human Error**. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

REBRAENSP-SP (REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA POLO SÃO PAULO). Arquivo do Blog [Internet] São Paulo: REBRAENSP-SP, 2009. Disponível em:<<http://redesegurancars.blogspot.com/2011/02/rebraensp-polo-rio-grande-do-sul.html>>. Acesso em: 05 outubro 2011.

RECÉM-NASCIDO morre após receber leite na veia em hospital de SP. **Cotidiano**, São Paulo, 08 de novembro de 2011. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/1003707-recem-nascido-morre-apos-receber-leite-na-veia-em-hospital-de-sp.shtml>>. Acesso em: 17 novembro 2011.

REZENDE, E. **Intensivista - segurança para o paciente e tranquilidade para a família**: a campanha. Associação Brasileira de Medicina Intensiva, 2010. Disponível em: <<http://www.orgulhodeserintensivista.com.br/2010/campanha.html>>. Acesso em: 07 novembro 2011.

RODRIGUES, R. Desafio da segurança: Investir em gestão de qualidade é o caminho mais curto para minimizar erros que podem custar vidas. **Melhores práticas**, jun. 2011. Disponível em: <<http://revistamelhorespraticas.kubbix.com/qualidade-gestao/1/desafio-da-seguranca-investir-em-gestao-de-qualidade-e-219802-1.asp>>. Acesso em: 07 novembro 2011.

ROTHSCHILD, J.M. et al. The critical care safety study: the incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care. **Critical Care Medicine**, v. 33, n. 8, p. 1694-1700, Aug. 2005. Disponível em: <<http://criticalcareminutes.com/Resources/Articles/2jc072507.pdf>>. Acesso em: 07 novembro 2011.

SALOMÉ; GM et al. O ser profissional de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 294-299, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n2/pt\\_a10v21n2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n2/pt_a10v21n2.pdf)>. Acesso em: 06

novembro 2011.

SAMMER, C.E. et al. What is patient safety culture? A review of the literature. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 42,n.2, p. 156-165, June 2010. Disponível em:  
<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x/pdf>>. Acesso em: 07 novembro 2011.

SCHEIN, E H. **Organizational culture and leadership**. San Francisco: Jossey-BassPublishers, 1991. 358 p.

\_\_\_\_\_. Coming to a new awareness of organizational culture. **Sloan Management Review**, v. 25, p. 3-16, 1984.

SEAGO, J.A.; WILLIAMSON, A.; ATWOOD, C. Longitudinal analyses of nurse staffing and patient outcomes: more about failure to rescue. **Journal of Nursing Administration**, v. 36, p. 13–21, 2006.

SEPAESC (POLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM SANTA CATARINA). **Segurança do paciente, cultura de segurança, enfermagem, cuidado, tecnologia, teleenfermagem, rede**. Disponível em: <<http://polosepaesc.ning.com/>> Acesso em: 05 outubro 2011.

SEXTON, J.B. et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Services Research**, v.6, n. 44, 2006. Disponível em:  
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1481614/pdf/1472-6963-6-44.pdf>>. Acesso em: 09 novembro 2011.

\_\_\_\_\_.; et al. **Frontline assessments of healthcare culture: safety attitudes questionnaire norms and psychometric properties** - Technical Report 04-01. University of Texas: Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice, 2004.

SHIMIZU, H.E.; CIAMPONE, M.H.T. As representações dos técnicos e auxiliares de enfermagem acerca do trabalho em equipe na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, Aug. 2004 .

SHOJANIA, K.G. et al. **Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices**. Rockville: Agency for Healthcare and Research Quality, 2001.

SHOSTEK, K. **Critical care safety essentials**. Patient Safety Quality Healthcare, Sep./Oct. 2007. Disponível em:  
<<http://www.psqh.com/sepoct07/criticalcare.html>> Acesso em: 31 outubro 2011.

SILVA, M.F.; CONCEIÇÃO, F.A.; LEITE, M.M.J. Educação continuada: um levantamento de necessidades da equipe de enfermagem. **O Mundo da Saúde**, v. 32, n. 1, p. 47-55, jan./mar. 2008.

SINGER, S.J. et al. Workforce Perceptions of Hospital Safety Culture: Development and Validation of the Patient Safety Climate in Healthcare Organizations Survey. **Health Services Research**, v. 42, n. 5, p.1999–2021, 2007. Disponível em:  
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2254575/pdf/hesr0042-1999.pdf>>. Acesso em: 10 novembro 2011.

SINGER, S.J. et al. The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. **Quality & Safety in Health Care**, v. 12, n. 2, p. 112-118, Apr. 2003. Disponível em:  
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743680/pdf/v012p00112.pdf>>. Acesso em: 07 novembro 2011.

SINGLA, A.K. et al. Assessing Patient Safety Culture: A Review and Synthesis of the Measurement Tools. **Journal of Patient Safety**, v.2, n. 3, p. 105-115, Sept. 2006.

SMITH, J. Study into medical errors planned for the UK. **British Medical Journal**, v.319, n. 7217. p. 1091, Oct. 1999. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1116897/pdf/1091a.pdf>>. Acesso em: 07 novembro 2011.

SCCM (SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE). **History of critical care**. Disponível em: <[http://www.sccm.org/AboutSCCM/History\\_of\\_Critical\\_Care/Pages/default.aspx](http://www.sccm.org/AboutSCCM/History_of_Critical_Care/Pages/default.aspx)>. Acesso em: 06 novembro 2011.

SOKOL, P.E. Transforming the workplace environment: Port Huron Hospital's transformation model. **Nursing Economics**, v. 22, p.152–154, 2004.

SORRA, J.S.; NIEVA, V.F. **Hospital survey on patient safety culture**. Agency for Rockville: Healthcare Research and Quality, 2004. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/usergd.htm>>. Acesso em: 12 setembro 2010.

SORRA, J.S. et al. **Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2011 User Comparative Database Report**. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2011. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/qual/hospsurvey11/>>. Acesso em: 10 novembro 2011.

SORRA, J.S. et al. Staff attitudes about event reporting and patient safety culture in hospital transfusion services. **Transfusion**, v.48, n. 9, p. 1934-1942, sep. 2008.

SOUZA, P. Patient safety. A necessidade de uma Estratégia Nacional. **Acta Med Portuguesa**, v. 19, p. 309-318, mai.2006. Disponível em: <<http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2006-19/4/309-318.pdf>>. Acesso em: 07 novembro 2011.



TJC (THE JOINT COMMISSION). **Sentinel Event Data Root Causes by Event Type 2004-Third Quarter 2011**. Disponível em: <[http://www.jointcommission.org/Sentinel\\_Event\\_Statistics/](http://www.jointcommission.org/Sentinel_Event_Statistics/)>. Acesso em: 19 outubro 2011.

TJC (THE JOINT COMMISSION); JCI ( JOINT COMMISSION INTERNATIONAL ). **WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions**. 2008. Disponível em: <<http://www.ccforspatientsafety.org/Patient-Safety-Solutions/>>. Acesso em: 07 novembro 2011.

THOMAS, E.J. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. **Medical Care**, v. 38, n. 3, p. 261-271, Mar. 2000.

VINCENT, C. **Segurança do paciente**: orientações para evitar eventos adversos. São Paulo:Yendis, 2009. Tradução de Rogério Videira. 336p.  
VREDENBURGH, A.G. Organizational safety: Which management practices are most effective in reducing employee injury rates? **Journal of Safety Research**, v. 33, p. 259–276, 2002. Disponível em: <[http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=MiamiImageURL&\\_cid=271707&\\_user=687353&\\_pii=S0022437502000166&\\_check=y&\\_origin=&\\_coverDate=31-Aug-2002&view=c&wchp=dGLbVlt-zSkzS&md5=e295356bfd1b3ba5b9ebefd65e575d7c/1-s2.0-S0022437502000166-main.pdf](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MiamiImageURL&_cid=271707&_user=687353&_pii=S0022437502000166&_check=y&_origin=&_coverDate=31-Aug-2002&view=c&wchp=dGLbVlt-zSkzS&md5=e295356bfd1b3ba5b9ebefd65e575d7c/1-s2.0-S0022437502000166-main.pdf)>. Acesso em: 10 novembro 2011.

WACHTER, R.M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Porto Alegre: Artmed, 2010. 320p.

WEST, M. **Effective Teamwork**: Practical Lessons from Organizational Research (2nd Ed). Leicester: BPS Blackwell, 2004.

WIEGMANN, et a.l. **A Synthesis of Safety Culture and Safety Climate Research**. Urbana: Federal Aviation Administration Atlantic City International Airport, Jun. 2002. Disponível em:

<<http://www.humanfactors.illinois.edu/Reports&PapersPDFs/TechReport/02-03.pdf>>. Acesso em: 07 novembro 2011.

WILSON, R.M et al. The Quality in Australian Health Care Study. **The Medical Journal of Australia**, ; v. 163, p. 458–471, Nov.1995.

Disponível em:

<<http://www.mja.com.au/public/issues/misc/wilson.pdf>>. Acesso em: 07 novembro 2011.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **WHO patient safety campaigns**. 2011a. Disponível em:

<<http://www.who.int/patientsafety/campaigns/en/>>. Acesso em: 07 novembro 2011.

\_\_\_\_\_. **International Classification for Patient Safety (ICPS)**.

2011b. Disponível em:

<<http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/en/>>. Acesso em: 07 novembro 2011.

\_\_\_\_\_. **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety v1.1**. Final Technical Report and

Technical Annexes, 2009a. Disponível

em: <[http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf)>. Acesso em: 07 novembro 2011.

\_\_\_\_\_. **Human Factors in Patient Safety**: review of Topics and Tools. 2009b. Disponível em

<[http://www.who.int/patientsafety/research/methods\\_measures/human\\_factors/en/index.html](http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/en/index.html)>. Acesso em: 19 outubro 2011.

\_\_\_\_\_. **World Alliance for Patient Safety**: forward programme 2008-2009. World Health Organization, Geneva, 2008a. Disponível em:

<[http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/reports/Alliance\\_Forward\\_Programme\\_2008.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forward_Programme_2008.pdf)>. Acesso em: 16 setembro 2009.

\_\_\_\_\_. **Patient safety:** global priorities for research in patient safety. World Health Organization, Geneva, 2008b. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/research/priorities/global\\_priorities\\_patient\\_safety\\_research.pdf](http://www.who.int/patientsafety/research/priorities/global_priorities_patient_safety_research.pdf)>. Acesso em: 09 novembro 2011.

\_\_\_\_\_. **World Alliance for Patient Safety:** Who draft guidelines for adverse event reporting and learning system. World Health Organization, Geneva, 2005. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting\\_Guidelines.pdf](http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf)>. Acesso em: 02 novembro 2011.

\_\_\_\_\_. **World Alliance for Patient Safety:** forward programme 2005. World Health Organization, Geneva, 2004. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/en/brochure\\_final.pdf](http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf)>. Acesso em: 16 setembro 2009.

ZAMBON, L.S. **Classificação Internacional para a Segurança do Paciente da OMS:** Sistema de Resiliência. MedicinaNet, 2010.

Disponível em:

<[http://www.medicina.net/conteudos/gerenciamento/3018/classificacao\\_internacional\\_para\\_a\\_seguranca\\_do\\_paciente\\_da\\_oms\\_%E2%80%93\\_sistema\\_de\\_resiliencia.htm](http://www.medicina.net/conteudos/gerenciamento/3018/classificacao_internacional_para_a_seguranca_do_paciente_da_oms_%E2%80%93_sistema_de_resiliencia.htm)>. Acesso em: 12 outubro 2011.

\_\_\_\_\_. **Primum non nocere.** MedicinaNet, 2009. Disponível em: <[http://www.medicinanet.com.br/conteudos/gerenciamento/901/introducao\\_primum\\_non\\_nocere.htm](http://www.medicinanet.com.br/conteudos/gerenciamento/901/introducao_primum_non_nocere.htm)>. Acesso em 07 de novembro de 2011.

ZOHAR, D. Safety climate in industrial organizations: theoretical and applied implications. **Journal of Applied Psychology**, v. 65, p. 96–102, 1980.



## APÊNDICES



## APÊNDICE A - Questionário ARHQ traduzido

### Pesquisa hospitalar sobre Segurança do Paciente

#### Instruções para preenchimento do questionário

Esta pesquisa pede sua opinião sobre questões de segurança do paciente, erros e relatos de eventos no seu hospital. O preenchimento deste questionário deve levar entre 10 a 15 minutos.

Se você não quiser responder a uma pergunta, ou se a questão não se aplica a você, você pode deixar a sua resposta em branco. Não existem respostas certas ou erradas. Solicitamos apenas que expresse sua opinião. Todos os questionários serão tratados com confidencialidade e anonimato.

#### Definições importantes:

- Um “**evento/ocorrência**” é definido como qualquer tipo de erro, engano, incidente, acidente ou desvio, independentemente de haver ou não resultado em dano ao paciente.
- “**Segurança do paciente**” é definida como a prevenção de lesões no paciente ou os efeitos adversos resultantes dos processos de prestação de cuidados de saúde.

### SEÇÃO A: A UNIDADE ONDE VOCÊ TRABALHA – UTI

Para fins desta pesquisa, pense na sua unidade como o local do hospital onde você passa a maior parte do seu tempo de trabalho ou realiza a maior parte de suas atividades.

Por favor, indique se você concorda ou discorda das seguintes afirmações sobre sua unidade de trabalho. Marque sua resposta assinalando com um X o quadrado.

<b>O que você pensa sobre sua unidade de trabalho...</b>	<b>Discordo Fortemente</b> ▼ <input type="checkbox"/> 1	<b>Discordo</b> ▼ <input type="checkbox"/> 2	<b>Não concordo nem discordo</b> ▼ <input type="checkbox"/> 3	<b>Concordo</b> ▼ <input type="checkbox"/> 4	<b>Concordo Fortemente</b> ▼ <input type="checkbox"/> 5
1. Nesta unidade os profissionais apóiam-se mutuamente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. O quadro de pessoal é suficiente para a carga de trabalho da unidade.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Quando há muito trabalho que precisa ser realizado rapidamente, trabalhamos juntos, em equipe, para que o trabalho seja feito.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. No cuidado ao paciente a equipe desta unidade trabalha mais do que seria desejável.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Nós estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Usamos mais pessoal temporário (contratados, com horas extras) do que seria o ideal para o cuidado ao paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Os erros levaram a mudanças positivas aqui.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Erros mais graves não acontecem por aqui apenas por acaso.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada de trabalho, as outras ajudam.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Quanto um evento/ocorrência é	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5



comunicado, parece que é a pessoa que é alvo de atenção e não o problema em si.					
13. Depois que implantamos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a sua eficácia.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Trabalhamos em "modo de crise", tentando fazer muita coisa, muito depressa.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. A segurança do paciente nunca é sacrificada para que mais trabalho seja feito.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Os profissionais temem que os erros que eles cometem sejam registrados em suas fichas funcionais.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. Nós temos problemas de segurança do paciente nesta unidade.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

### **SEÇÃO B: SUA CHEFIA**

Por favor, indique se você concorda ou discorda das seguintes afirmações sobre sua **chefia imediata**. Marque sua resposta assinalando com um X o quadrado.

	<b>Discordo Fortemente</b> ▼	<b>Discordo</b> ▼	<b>Não concordo nem discordo</b> ▼	<b>Concordo</b> ▼	<b>Concordo Fortemente</b> ▼
1. Minha chefia elogia quando vê uma tarefa realizada de acordo com os procedimentos voltados à segurança do paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Minha chefia considera seriamente as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Sempre que a pressão no trabalho aumenta, a minha chefia quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique usar atalhos.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Minha chefia não leva em conta problemas de segurança que acontecem o tempo todo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

## **SEÇÃO C: COMUNICAÇÕES**

Com que frequência as seguintes situações ocorrem na sua unidade de trabalho. Marque sua resposta assinalando com um X o quadrado.

	<b>Nunca</b> ▼	<b>Raramente</b> ▼	<b>Às vezes</b> ▼	<b>Na maioria das vezes</b> ▼	<b>Sempre</b> ▼
1.Nós recebemos informação sobre as mudanças colocadas em prática com base nos relatos de eventos/ocorrências.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2.Os profissionais falarão livremente se verificarem algo que possa afetar negativamente os cuidados ao paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4.Os membros da equipe sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações de profissionais que tem mais autoridade.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5.Nesta unidade, discutimos maneiras para prevenir que os erros aconteçam novamente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6.Os profissionais têm medo de fazer perguntas quando algo não parece estar certo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**SEÇÃO D: FREQUÊNCIA DE EVENTOS COMUNICADOS A SUA CHEFIA IMEDIATA**

Na sua unidade, quando acontecem os seguintes erros, com que frequência são comunicados a sua **chefia imediata**? Marque sua resposta assinalando com um X o quadrado.

	Nunca ▼	Raramente ▼	Às vezes ▼	Na maioria das vezes ▼	Sempre ▼
1. Quando um erro é cometido, mas <b><u>é percebido e corrigido antes de afetar o paciente</u></b> , com que frequência é comunicado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Quando um erro é cometido, mas <b><u>não tem potencial para prejudicar o paciente</u></b> , com qual frequência é comunicado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Quando ocorre um erro <b><u>que poderia prejudicar o paciente</u></b> , mas o paciente não é afetado, com que frequência é comunicado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**SEÇÃO E: GRAU DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

Por favor, atribua um conceito geral relacionado à segurança do paciente em sua unidade de trabalho. Marque só uma resposta com um X.

- ☐  
A  
Excelente
- ☐  
B  
Muito boa
- ☐  
C  
Aceitável
- ☐  
D  
Fraca
- ☐  
E  
Muito fraca

### **SEÇÃO F: SEU HOSPITAL**

Por favor, indique se você concorda ou discorda com as seguintes afirmações sobre seu hospital. Marque sua resposta assinalando com um X o quadrado.

<b>Pense no seu hospital ...</b>	<b>Discordo Fortemente ▼</b>	<b>Discordo ▼</b>	<b>Não concordo nem discordo ▼</b>	<b>Concordo ▼</b>	<b>Concordo Fortemente ▼</b>
1. A administração do hospital propicia um clima de trabalho que favorece a segurança do paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. As unidades hospitalares não se coordenam bem entre si.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Há coisas que tendem a ser ignoradas na transferência do paciente de uma unidade para outra.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Há uma boa cooperação entre as unidades hospitalares que precisam trabalhar conjuntamente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Informações importantes sobre o cuidado ao paciente são perdidas com frequência durante a troca de plantão.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Frequentemente, é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre unidades hospitalares.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. As ações da administração do hospital mostram que a segurança do paciente é	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

uma prioridade.					
9. A administração do hospital parece se interessar pela segurança do paciente apenas depois que um evento adverso ocorre.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para proporcionar o melhor cuidado aos pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Passagens de plantão são problemáticas para os pacientes neste hospital.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

### **SEÇÃO G: NUMERO DE EVENTOS COMUNICADOS**

Nos últimos 12 meses aproximadamente quantos eventos adversos você comunicou a sua **chefia imediata**? Marque apenas uma resposta com um X.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> a) Nenhum evento | <input type="checkbox"/> d) 6 a 10 eventos     |
| <input type="checkbox"/> b) 1 a 2 eventos | <input type="checkbox"/> e) 11 a 20 eventos    |
| <input type="checkbox"/> c) 3 a 5 eventos | <input type="checkbox"/> f) 21 eventos ou mais |

### **SEÇÃO H: INFORMAÇÕES BÁSICAS**

Estas informações ajudarão na análise dos resultados da pesquisa. Marque uma resposta assinalando com um X o quadrado.

1. Há quanto tempo você trabalha neste **hospital**?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> a) Menos de 1 ano | <input type="checkbox"/> d) De 11 a 15 anos    |
| <input type="checkbox"/> b) De 1 a 5 anos  | <input type="checkbox"/> e) De 16 a 20 anos    |
| <input type="checkbox"/> c) De 6 a 10 anos | <input type="checkbox"/> f) De 21 anos ou mais |

2. Há quanto tempo você trabalha **na UTI deste hospital**?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> a) Menos de 1 ano | <input type="checkbox"/> d) De 11 a 15 anos    |
| <input type="checkbox"/> b) De 1 a 5 anos  | <input type="checkbox"/> e) De 16 a 20 anos    |
| <input type="checkbox"/> c) De 6 a 10 anos | <input type="checkbox"/> f) De 21 anos ou mais |

3. Normalmente, quantas horas por semana você trabalha neste hospital?

- ☐ a) Menos que 30 horas por semana
- ☐ b) De 30 a 40 horas por semana
- ☐ c) De 40 a 60 horas por semana
- ☐ d) Mais de 60 horas por semana

4. Qual função você ocupa neste hospital?

- ☐ a) Enfermeiro
- ☐ b) Técnico de enfermagem
- ☐ c) Auxiliar de enfermagem

5. Há quanto tempo você trabalha em sua profissão atual?

- ☐ a) Menos de 1 ano
- ☐ b) De 1 a 5 anos
- ☐ c) De 6 a 10 anos
- ☐ d) De 11 a 15 anos
- ☐ e) De 16 a 20 anos
- ☐ f) 21 anos ou mais

### **SEÇÃO I: SEUS COMENTÁRIOS**

Sinta-se livre para escrever qualquer comentário sobre a segurança do paciente, erro ou comunicação de eventos adversos em seu hospital.

Cite três recomendações que você sugere para melhorar a segurança do paciente em sua unidade.

1.

2.

3.

***OBRIGADA POR COMPLETAR ESTA PESQUISA.***





## **APÊNDICE B – Pré-teste para avaliação do questionário – Pesquisa hospitalar sobre Segurança do Paciente**

### **Sua Avaliação do Questionário**

Este pré-teste visa avaliar o processo de aplicação da “Pesquisa hospitalar sobre Segurança do Paciente” e o conteúdo das perguntas em relação à redação, clareza e grau de dificuldade em respondê-las. Suas recomendações serão importantes, pois a partir delas poderão ser feitas modificações para melhorar a aplicação da pesquisa e o conteúdo das perguntas. Para conduzir esta avaliação, seguem alguns questionamentos.

#### **1. Quanto à aplicação do questionário**

- a) Você teve dificuldade para entender as instruções quanto ao preenchimento do questionário e colocação nos envelopes?

☐ Sim. Por favor, descreva as dificuldades e dê sugestões:

---

---

---

☐ Não.

- b) Você teve dificuldades em relação ao local (ambiente) para responder o questionário? Houve interrupções?

☐ Sim. Por favor, descreva e dê sugestões:

---

---

---

☐ Não.

#### **2. Quanto à redação e conteúdo das perguntas.**

- a) Você teve alguma dificuldade em relação ao tamanho e tipo de letra utilizada no questionário?

☐ Sim. Por favor, descreva e dê sugestões:

---

---

---

☐ Não.

- b) Você teve alguma dificuldade em relação à ordem das perguntas?

Dificultou o raciocínio?

☐ Sim. Por favor, descreva e dê sugestões:

---

---

---

☐ Não

- c) Teve alguma palavra que você não entendeu o significado?

☐ Sim. Por favor, informe a palavra, a seção e número da pergunta onde se encontra esta palavra:

---

---

---

☐ Não.

- d) Teve alguma pergunta que você teve dificuldade para responder por não conseguir entender a que se referia?

☐ Sim. Por favor, informe a seção e número da pergunta:

---

---

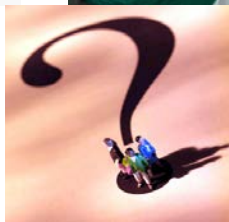
---

☐ Não.

***OBRIGADA POR SUA AVALIAÇÃO. DEPOSITE-A NA  
URNA***

## APÊNDICE C – Cartaz de divulgação da pesquisa

Em breve iniciará nesta UTI uma pesquisa com os profissionais de enfermagem intitulada: **“AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA”**. Sua participação é muito importante. Aguarde contato.





## APENDICE D – Carta Convite



Foto: carta convite

**Universidade Federal de Santa Catarina  
Centro de Ciências da Saúde  
Programa de pós-graduação de Enfermagem  
Curso de Mestrado em Enfermagem**

De: Janeide Freitas de Mello - aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e Enfermeira da Unidade de Clínica Medicam III do HU/UFSC e da UTI do Hospital Regional Homero de Miranda Gomes.

Para:.....

### CARTA CONVITE

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA”, realizada por mim, Janeide Freitas de Mello, sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sayonara de Fátima Faria Barbosa. Seu objetivo é avaliar a cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais de enfermagem de duas Unidades de Terapia Intensiva Adulto na Grande Florianópolis.

Será aplicado um questionário que foi traduzido (Pesquisa Hospitalar sobre Segurança do Paciente) para a identificação de aspectos positivos para a segurança do paciente nesta UTI bem como situações que precisam ser melhoradas. Seus resultados serão importantes para que se defina o que prioritariamente precisa ser realizado para que se assegure um cuidado seguro aos pacientes.

Nos próximos dias estarei entrando em contato para prestar-lhe

mais esclarecimentos e realizar pessoalmente o convite. Caso aceite participar da pesquisa será fornecido o Termo de consentimento livre e esclarecido para ser assinado, conforme os preceitos éticos, bem como o questionário. Este levará cerca de 10 a 15 minutos para ser respondido sendo que as respostas serão individuais e anônimas sendo garantido seu sigilo.

Será respeitado o seu direito de não participar da pesquisa. Porém, cabe destacar o quanto ela será importante, pois a segurança do paciente é uma preocupação crescente nos hospitais. Conto com sua colaboração.

Atenciosamente.

Mestranda Enf<sup>a</sup> Janeide Freitas de Mello

## APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar, como voluntário, em uma pesquisa que tem como **objetivo** avaliar a cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais de enfermagem de duas unidades de terapia intensiva adulto. Será realizada pela aluna do curso de mestrado em enfermagem da UFSC Janeide Freitas de Mello sob orientação da Dra. Sayonara de Fátima Faria Barbosa, tendo como título: **Avaliação da cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva.**

A pesquisa será realizada nas Unidades de Terapia Intensiva do Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes e Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da UFSC, no 1º semestre de 2011.

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória de abordagem quantitativa, cuja coleta de dados consistirá na aplicação do questionário “Pesquisa Hospitalar sobre Segurança do Paciente”, que permite avaliação da cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais por meio de 12 dimensões. Uma cultura de segurança envolve práticas voltadas para a promoção da segurança do paciente que consistem na prevenção de lesões no paciente ou os efeitos adversos resultantes dos processos de prestação de cuidados de saúde.

Sua participação é importante, pois a segurança do paciente também é uma preocupação crescente nos hospitais. Assim, espera-se que os resultados desta pesquisa contribuam para melhorar a segurança do paciente na UTI onde você trabalha.

A pesquisa se orientará e obedecerá aos cuidados éticos definidos pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo considerado o respeito aos sujeitos e a Instituição participante em todo o processo investigativo.

Sua participação é livre e não envolve riscos físicos. Você poderá se recusar a participar ou deixar de responder aos questionamentos feitos e que por qualquer motivo não lhe seja conveniente. Isto não lhe acarretará nenhum prejuízo pessoal. Além disso, terá a garantia de que os dados fornecidos serão confidenciais e os nomes dos participantes

não serão identificados em nenhum momento.

Visando assegurar o anonimato e confidencialidade ao estudo, o questionário não possuirá a identificação dos participantes. Além disso, será disponibilizado envelope pardo sem qualquer código ou escrita para se colocar o questionário depois de respondido, sendo lacrado com cola e depositado em urna sob responsabilidade da pesquisadora que estará disponível na unidade de terapia intensiva.

Os resultados da pesquisa ficarão sob a guarda da mestrand, em seu domicílio. Só terão acesso os pesquisadores envolvidos. Os dados serão utilizados em publicações científicas derivadas do estudo ou divulgação em eventos científicos.

Conto com a sua participação, no caso de aceitar fazer parte da pesquisa, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da mestrand.

Em caso de dúvidas, entre em contato com:

**Mestranda:** Janeide Freitas de Mello. Contato telefônico: (48) 32471819/88039750. E-mail: [janeidef@gmail.com](mailto:janeidef@gmail.com)

**Orientadora:** Dra. Sayonara de Fátima Faria Barbosa. Contato telefônico: (48) 3721-9787.

### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar desta pesquisa como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data:

Nome e Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Pesquisadora: \_\_\_\_\_



## APÊNDICE F – Instruções para o preenchimento do questionário

### INSTRUÇÕES

Este envelope contém um envelope branco e o questionário “**Pesquisa hospitalar sobre Segurança do Paciente**” que está dividido em duas partes:

**1ª parte** – Contém perguntas com respostas de assinalar. Assinale com X somente uma das opções.

**2ª parte** – Contém duas perguntas com respostas manuscritas.

Após ser respondida a **1ª parte** da pesquisa, esta deverá ser depositada neste envelope pardo e a **2ª parte** no envelope branco. Os dois envelopes separados deverão ser colocados na urna.



Foto: Questionários



Foto: Urna



## APÊNDICE G – Cartaz de agradecimento

### Agradecimento

Ao término da coleta de dados da pesquisa  
**“AVALIAÇÃO DA CULTURA DE  
SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE  
DE TERAPIA INTENSIVA”**, apresento meu  
agradecimento a todos os participantes e sua  
valiosa contribuição.



**"Mesmo que a palavra "obrigada" signifique tanto, não  
expressará por inteiro o quanto seu gesto atencioso e  
delicado foi importante para mim (Autor  
desconhecido)."**

Com carinho! Janeide Freitas de Mello



## **ANEXOS**



## ANEXO A - Hospital Survey on Patient Safety Culture

### Hospital Survey on Patient Safety

#### Instructions

This survey asks for your opinions about patient safety issues, medical error, and event reporting in your hospital and will take about 10 to 15 minutes to complete.

If you do not wish to answer a question, or if a question does not apply to you, you may leave your answer blank.

- An “event” is defined as any type of error, mistake, incident, accident, or deviation, regardless of whether or not it results in patient harm.
- “Patient safety” is defined as the avoidance and prevention of patient injuries or adverse events resulting from the processes of health care delivery.

#### SECTION A: Your Work Area/Unit

In this survey, think of your “unit” as the work area, department, or clinical area of the hospital where you spend most of your work time or provide most of your clinical services.

What is your primary work area or unit in this hospital? Select ONE answer.

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> a. Many different hospital units/No specific unit | <input type="checkbox"/> h. Psychiatry/mental health | <input type="checkbox"/> n. Other, please specify: |
| <input type="checkbox"/> b. Medicine (non-surgical)                        | <input type="checkbox"/> i. Rehabilitation           |  |
| <input type="checkbox"/> c. Surgery  |  |  |

- ☐ d. Obstetrics
- ☐ e. Pediatrics
- ☐ f. Emergency department
- ☐ g. Intensive care unit (any type)
- ☐ j. Pharmacy
- ☐ k. Laboratory
- ☐ l. Radiology
- ☐ m. Anesthesiology

**Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your work area/unit.**

Think about your hospital work area/unit...	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼
1. People support one another in this unit.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. We have enough staff to handle the workload .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. When a lot of work needs to be done quickly, we work together as a team to get the work done .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. In this unit, people treat each other with respect .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Staff in this unit work longer hours than is best for patient care ...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**SECTION A: Your Work Area/Unit (continued)**

Think about your hospital work area/unit...	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼
6. We are actively doing things to improve patient safety .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. We use more agency/temporary staff than is best for patient care.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5



8. Staff feel like their mistakes are held against them .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Mistakes have led to positive changes here.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. It is just by chance that more serious mistakes don't happen around here.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. When one area in this unit gets really busy, others help out .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. When an event is reported, it feels like the person is being written up, not the problem .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. After we make changes to improve patient safety, we evaluate their effectiveness .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. We work in "crisis mode" trying to do too much, too quickly ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. Patient safety is never sacrificed to get more work done .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Staff worry that mistakes they make are kept in their personnel file	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. We have patient safety problems in this unit.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Our procedures and systems are good at preventing errors from happening .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**SECTION B: Your Supervisor/Manager**

**Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your immediate supervisor/manager or person to whom you directly report.**

	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼
1. My supervisor/manager says a good word when he/she sees a job done according to established patient safety procedures .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. My supervisor/manager seriously considers staff suggestions for improving patient safety .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Whenever pressure builds up, my supervisor/manager wants us to work faster, even if it means taking shortcuts .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. My supervisor/manager overlooks patient safety problems that happen over and over .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**SECTION C: Communications**

**How often do the following things happen in your work area/unit?**

Think about your hospital work area/unit...	Never ▼	Rarely ▼	Some- times ▼	Most of the time ▼	Always ▼
1. We are given feedback about changes put into place based on event reports .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Staff will freely speak up if they see something that may negatively affect patient care.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. We are informed about errors that happen in this unit .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Staff feel free to question the	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

decisions or actions of those with  
more authority .....

5. In this unit, we discuss ways to  
prevent errors from happening  
again.....

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

6. Staff are afraid to ask questions  
when something does not seem  
right.....

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

**SECTION D: Frequency of Events Reported**

**In your hospital work area/unit, when the following mistakes happen,  
how often are they reported?**

	Never	Rarely	Some- times	Most of the time	Always
	▼	▼	▼	▼	▼
1. When a mistake is made, but is <u>caught and corrected before</u> <u>affecting the patient</u> , how often is this reported?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. When a mistake is made, but has <u>no potential to harm the</u> <u>patient</u> , how often is this reported? ...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. When a mistake is made that <u>could harm the patient</u> , but does not, how often is this reported?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**SECTION E: Patient Safety Grade**

**Please give your work area/unit in this hospital an overall grade on  
patient safety.**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
Excellent	Very Good	Acceptable	Poor	Failing

## **SECTION F: Your Hospital**

**Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your hospital.**

<b>Think about your hospital...</b>	<b>Strongly Disagree ▼</b>	<b>Disagree ▼</b>	<b>Neither ▼</b>	<b>Agree ▼</b>	<b>Strongly Agree ▼</b>
1. Hospital management provides a work climate that promotes patient safety .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Hospital units do not coordinate well with each other .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Things “fall between the cracks” when transferring patients from one unit to another .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. There is good cooperation among hospital units that need to work together .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

## **SECTION F: Your Hospital (continued)**

<b>Think about your hospital...</b>	<b>Strongly Disagree ▼</b>	<b>Disagree ▼</b>	<b>Neither ▼</b>	<b>Agree ▼</b>	<b>Strongly Agree ▼</b>
5. Important patient care information is often lost during shift changes.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. It is often unpleasant to work with staff from other hospital units ...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Problems often occur in the exchange of information across hospital units .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. The actions of hospital management show that patient safety is a top priority .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Hospital management seems interested in patient safety only	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

after an adverse event happens.....

10. Hospital units work well together to provide the best care for patients ..... ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

11. Shift changes are problematic for patients in this hospital ..... ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

## **SECTION G: Number of Events Reported**

**In the past 12 months, how many event reports have you filled out and submitted?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> a. No event reports     | <input type="checkbox"/> d. 6 to 10 event reports    |
| <input type="checkbox"/> b. 1 to 2 event reports | <input type="checkbox"/> e. 11 to 20 event reports   |
| <input type="checkbox"/> c. 3 to 5 event reports | <input type="checkbox"/> f. 21 event reports or more |

## **SECTION H: Background Information**

**This information will help in the analysis of the survey results.**

### **1. How long have you worked in this hospital?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> a. Less than 1 year | <input type="checkbox"/> d. 11 to 15 years   |
| <input type="checkbox"/> b. 1 to 5 years     | <input type="checkbox"/> e. 16 to 20 years   |
| <input type="checkbox"/> c. 6 to 10 years    | <input type="checkbox"/> f. 21 years or more |

### **2. How long have you worked in your current hospital work area/unit?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> a. Less than 1 year | <input type="checkbox"/> d. 11 to 15 years   |
| <input type="checkbox"/> b. 1 to 5 years     | <input type="checkbox"/> e. 16 to 20 years   |
| <input type="checkbox"/> c. 6 to 10 years    | <input type="checkbox"/> f. 21 years or more |

### **3. Typically, how many hours per week do you work in this hospital?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> a. Less than 20 hours per week | <input type="checkbox"/> d. 60 to 79 hours per week    |
| <input type="checkbox"/> b. 20 to 39 hours per week     | <input type="checkbox"/> e. 80 to 99 hours per week    |
| <input type="checkbox"/> c. 40 to 59 hours per week     | <input type="checkbox"/> f. 100 hours per week or more |

**SECTION H: Background Information (continued)**

**4. What is your staff position in this hospital? Select ONE answer that best describes your staff position.**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. Registered Nurse                             | <input type="checkbox"/> j. Respiratory Therapist                       |
| <input type="checkbox"/> b. Physician Assistant/Nurse Practitioner       | <input type="checkbox"/> k. Physical, Occupational, or Speech Therapist |
| <input type="checkbox"/> c. LVN/LPN                                      | <input type="checkbox"/> l. Technician (e.g., EKG, Lab, Radiology)      |
| <input type="checkbox"/> d. Patient Care Asst/Hospital Aide/Care Partner | <input type="checkbox"/> m. Administration/Management                   |
| <input type="checkbox"/> e. Attending/Staff Physician                    | <input type="checkbox"/> n. Other, please specify:                      |
| <input type="checkbox"/> f. Resident Physician/Physician in Training     | <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> |
| <input type="checkbox"/> g. Pharmacist                                   |   |
| <input type="checkbox"/> h. Dietician                                    |   |
| <input type="checkbox"/> i. Unit Assistant/Clerk/Secretary               |   |

**5. In your staff position, do you typically have direct interaction or contact with patients?**

- ☐ a. YES, I typically have direct interaction or contact with patients.
- ☐ b. NO, I typically do NOT have direct interaction or contact with patients.

**6. How long have you worked in your current specialty or profession?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> a. Less than 1 year | <input type="checkbox"/> d. 11 to 15 years   |
| <input type="checkbox"/> b. 1 to 5 years     | <input type="checkbox"/> e. 16 to 20 years   |
| <input type="checkbox"/> c. 6 to 10 years    | <input type="checkbox"/> f. 21 years or more |

**SECTION I: Your Comments**

**Please feel free to write any comments about patient safety, error, or event reporting in your hospital.**

***THANK YOU FOR COMPLETING THIS SURVEY.***

**ANEXO B - Classificação das variáveis por Dimensão da Cultura de  
Segurança do paciente referente ao Questionário Pesquisa  
hospitalar sobre Cultura de Segurança do Paciente (SORRA;  
NIEVA, 2004)**

Item	Classificação das variáveis por Dimensão da Cultura de Segurança do paciente
<b>1. Trabalho em equipe dentro das unidades</b>	
A1	1. Nesta unidade os profissionais apóiam-se mutuamente.
A3	2. Quando há muito trabalho que precisa ser realizado rapidamente, trabalhamos juntos, em equipe, para que o trabalho seja feito.
A4	3. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito.
A11	4. Quando uma área desta unidade fica com sobrecarga de trabalho, as outras ajudam.
<b>2. Expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor / gerente</b>	
B1	1. Minha chefia elogia quando vê uma tarefa realizada de acordo com os procedimentos voltados à segurança do paciente.
B2	2. Minha chefia considera seriamente as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do paciente.
B3R	3. Sempre que a pressão no trabalho aumenta, a minha chefia quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique usar atalhos.
B4R	4. Minha chefia não leva em conta problemas de segurança que acontecem o tempo todo.
<b>3. Aprendizado organizacional, melhoria contínua</b>	
A6	1. Nós estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente.
A9	2. Os erros levaram a mudanças positivas aqui.
A13	3. Depois que implantamos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a sua eficácia.
<b>4. Feedback e Comunicação a respeito de erros</b>	
C1	1. Nós recebemos informação sobre as mudanças colocadas em prática com base nos relatos de eventos/ocorrências.
C3	2. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade.
C5	3. Nesta unidade, discutimos maneiras para prevenir que os erros aconteçam novamente.
<b>5. Abertura para comunicações</b>	
C2	1. Os profissionais falarão livremente se verificarem algo que

	possa afetar negativamente os cuidados ao paciente.
C4	2. Os membros da equipe sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações de profissionais que tem mais autoridade.
C6R	3. Os profissionais têm medo de fazer perguntas quando algo não parece estar certo.
<b>6. Pessoal</b>	
A2	1. O quadro de pessoal é suficiente para a carga de trabalho da unidade.
A5R	2. No cuidado ao paciente a equipe desta unidade trabalha mais do que seria desejável.
A7R	3. Usamos mais pessoal temporário (contratados, com horas extras) do que seria o ideal para o cuidado ao paciente.
A14R	4. Trabalhamos em "modo de crise", tentando fazer muita coisa, muito depressa.
<b>7. Respostas não punitivas aos erros</b>	
A8R	1. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles.
A12R	2. Quanto um evento/ocorrência é comunicado, parece que é a pessoa que é alvo de atenção e não o problema em si.
A16R	3. Os profissionais temem que os erros que eles cometem sejam registrados em suas fichas funcionais.
<b>8. Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente</b>	
F1	1. A administração do hospital propicia um clima de trabalho que favorece a segurança do paciente.
F8	2. As ações da administração do hospital mostram que a segurança do paciente é uma prioridade.
F9R	3. A administração do hospital parece se interessar pela segurança do paciente apenas depois que um evento adverso ocorre.
<b>9. Trabalho em equipe entre as unidades do hospital</b>	
F2R	1. As unidades hospitalares não se coordenam bem entre si.
F4	2. Há uma boa cooperação entre as unidades hospitalares que precisam trabalhar conjuntamente.
F6R	3. Frequentemente, é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital.
F10	4. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para proporcionar o melhor cuidado aos pacientes.
<b>10. Transferências internas e passagens de plantão</b>	
F3R	1. Há coisas que tendem a ser ignoradas na transferência do paciente de uma unidade para outra.
F5R	2. Informações importantes sobre o cuidado ao paciente são perdidas com frequência durante a troca de plantão.
F7R	3. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações



	entre unidades hospitalares.
F11R	4. Passagens de plantão são problemáticas para o paciente neste hospital.
<b>11. Percepção geral de segurança do paciente</b>	
A10R	1. Erros mais graves não acontecem por aqui apenas por acaso.
A15	2. A segurança do paciente nunca é sacrificada para que mais trabalho seja feito.
A17R	3. Nós temos problemas de segurança do paciente nesta unidade.
A18	4. Nossos processos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.
<b>12. Frequência de eventos relatados</b>	
D1	1. Quando um erro é cometido, mas é <b><u>percebido e corrigido antes de afetar o paciente</u></b> , com que frequência é comunicado?
D2	2. Quando um erro é cometido, mas <b><u>não tem potencial para prejudicar o paciente</u></b> , com qual frequência é comunicado?
D3	3. Quando ocorre um erro <b><u>que poderia prejudicar o paciente</u></b> , mas o paciente não é afetado, com que frequência é comunicado?



ANEXO C – Autorização da AHRQ

I Survey on Patient Safety Culture - Portuguese translation

Ende | x

es On Safety Culture para mim, margarida eiras, ammanuel, Ana Malik

ide,

for your interest in the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) Hospital Survey on Patient Safety Culture. The survey is free and available for public use

: downloaded with other helpful survey materials on the AHRQ web site: <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture>.

under contract with AHRQ to support the Hospital, Medical Office, and Nursing Home Surveys on Patient Safety Culture. We are emailing you to learn how international

using the surveys and to connect international users with one another.

few contacts from Portugal that may be able to help you:

Eiras

[aeiras@estesilip.pt](mailto:aeiras@estesilip.pt)

le S. Paulo, 5-7º D

ortela

stated the survey to Portuguese and administered it in Portugal\*\*

manuel Martins Lopes Fernandes, RN

ired (Nursing School of Coimbra - Portugal)

cation Post-Graduate, Doctoral Candidate in Health and Safety at Work

[manuel@esenfic.pt](mailto:manuel@esenfic.pt)

terior de Enfermagem de Coimbra

ortubro

i5

Coimbra

Malik

[24@qv.br](mailto:24@qv.br)

k Lobo 1435 ap 81 — CEP 01414-003

: 005511-9943-3387



**ANEXO D – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda aprovando realização da pesquisa**



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DR. HOMERO DE MIRANDA GOMES  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

**PARECER CONSUBSTANCIADO**

**Protocolo CEP N° 59/10**

**Título do Projeto:** Avaliação da cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva.

**Pesquisadores Responsáveis:** Janeide Freitas de Mello, Sayonara de FÁTIMA F Barbosa.

**Data da avaliação do CEP:** 25 de outubro de 2010.

**Centro de Pesquisa:** Hospital Regional de São José Dr Homero de Miranda Gomes

**Justificativa do Estudo:** A preocupação com a segurança do paciente tem se intensificado mundialmente frente a evidências de que a qualidade e a segurança do atendimento em hospitais podem ser melhoradas. Dentre os principais problemas que ocorrem na prestação de cuidados em terapia intensiva, destacam-se os erros e eventos adversos de medicações, deslocamentos não planejados ou desconexões de linhas, cateteres e drenos, falhas de equipamentos, perdas ou obstruções de vias aéreas artificiais e desligamento inadequado de alarmes. A carência de estudos relacionados a este assunto justifica o presente estudo.

**Objetivo Geral:** Avaliar a cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais de enfermagem de duas unidades de terapia intensiva adulto na grande Florianópolis. **Específicos:** avaliar as dimensões da cultura de segurança do paciente no âmbito das unidades, da organização hospitalar e por meio da percepção geral de segurança do paciente, dos profissionais de enfermagem e da frequência de eventos relatados; comparar a avaliação das dimensões da cultura de segurança do paciente das duas UTIs; identificar as recomendações dos profissionais de enfermagem para a melhoria na segurança do paciente.

**Metodologia:** Estudo descritivo-exploratório constituída pelos membros da equipe de enfermagem que inclui enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que exercem suas atividades profissionais nas UTIs dos hospitais Regional de São José e Universitário da UFSC. Os critérios de inclusão e exclusão são pertinentes, bem como as variáveis a serem analisadas. A coleta de dados será feita através de questionário adequado anexo ao projeto de pesquisa. TCLE e dados dos pesquisadores de acordo com as normas CONEP. Os dados serão tabulados e analisados estatisticamente.

**Parecer do CEP:**

- ☐ Não aprovado
- ☒ **Aprovado conforme Resolução 196/96**
- ☐ Aprovado e encaminhado o protocolo ao CONEP para apreciação (Resolução 196/96)
- ☐ Com pendência


São José, 25 de outubro de 2010.

  
Renata Helena Ribeiro Fernandes  
**Coordenadora do CEP**

Hospital Regional de São José Dr Homero de Miranda Gomes  
Rua Adolfo Dantas da Silva nº14 - Praia Comprida  
São José - cap. 88100-901 Fone 48-3271-0009  
E-mail: [cep.hrsjmg@gmail.com](mailto:cep.hrsjmg@gmail.com)



## ANEXO E – Certificado de aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Santa Catarina



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão  
 Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

**CERTIFICADO**      Nº 1113

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584 GR.99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

**APROVADO**

**PROCESSO:** 1113      **FR:** 383757

**TÍTULO:** AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

**AUTOR:** Sayonara de Fatima Faria Barbosa, Janeide Freitas de Mello

**FLORIANÓPOLIS,** 29 de Novembro de 2010.





## **ANEXO F - Instrução Normativa 10/PEN/2011**



**Instrução Normativa 10/PEN/2011**

**Florianópolis, 15 de junho de 2011.**

Altera os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem

A Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, no uso de suas atribuições, e tendo em vista o que deliberou o Colegiado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, em reunião realizada no dia 15/06/2011 e considerando o que estabelece o Regimento do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC,

### **RESOLVE:**

**Art. 1.** Alterar o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem.

**Art. 2.** As teses e dissertações deverão conter artigos/manuscritos de autoria do discente, em co-autoria com o orientador e co-orientador.

**Art. 3.** A inclusão destes artigos deverá ser feita de modo a fornecer uma visão do conjunto do trabalho da tese ou da dissertação. O formato incluirá:

a) Em dissertações de Mestrado:

- Elementos pré-textuais
- Introdução
- Objetivos
- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)
- Resultados apresentados na forma de no mínimo 2 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com o(s) artigo(s) que contemplará(ão) os resultados da pesquisa principal desenvolvida na dissertação.
- Considerações Finais/Conclusões
- Elementos pós-textuais

b) Em teses de Doutorado:

- Elementos pré-textuais
- Introdução
- Objetivos
- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)
- Resultados apresentados na forma de no mínimo 3 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com os demais artigos que contemplarão os resultados da pesquisa principal desenvolvida na tese.

- Considerações Finais/Conclusões
- Elementos pós-textuais

**Art. 4.** Orientações gerais:

- § 1.º Todos os artigos, assim como os demais capítulos deverão ser apresentados de acordo com a ABNT;
- § 2.º A impressão final deverá seguir as normas de formatação da UFSC. Também a versão para avaliação da Banca Examinadora poderá estar formatada neste padrão;
- § 3.º Após a defesa pública, revisão final do trabalho de conclusão e sua entrega ao Programa e Biblioteca Universitária, os artigos deverão ser convertidos às normas dos periódicos selecionados e submetidos aos mesmos;
- § 4.º Os periódicos técnico-científicos selecionados para submissão deverão estar classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem) como B1 ou superior para Doutorado e B2 ou superior para Mestrado. No caso de periódicos não classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem), deverá ser considerado o índice de impacto JCR ou avaliação QUALIS/CAPES de outras áreas;

**Art. 5.** Esta Instrução Normativa altera a Instrução Normativa 06/PEN/2009, entra em vigor nesta data e passa a ter plenos efeitos para todos os alunos admitidos no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina a partir do ano de 2009. Os alunos admitidos em anos anteriores poderão optar entre esta nova modalidade ou pelo formato anterior de apresentação dos trabalhos terminais.

Original firmado na Secretaria PEN

Aprovado pelo Colegiado PEN em 15/06/2011